

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1937

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JACQUES ARCHAIMBAULT

né le 1^{er} Octobre 1907 à Cosnes-sur-Loire (Nièvre)

ESSAI CLINIQUE

SUR LES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE

ET DES MALADIES MENTALES

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE

PARIS

ÉDITIONS PROBA

181, RUE DU CHATEAU-DES-RENTIERS, 181

1937

Année 1937

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

JACQUES ARCHAIMBAULT

né le 1^{er} Octobre 1907 à Cosnes-sur-Loire (Nièvre)

ESSAI CLINIQUE

SUR LES RAPPORTS DE LA TUBERCULOSE
ET DES MALADIES MENTALES

Président de Thèse : M. LAIGNEL-LAVASTINE

PARIS

ÉDITIONS PROBA

181, RUE DU CHATEAU-DES-RENTIERS, 181

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
Professeurs sans chaire	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE.	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BESANÇON (Justin)	Hydrologie.
BOULIN.	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
FEY.	Urologie.
FUNCK.	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU.	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD.	Pharmacologie.
HUGUENIN.	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOL.	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LELONG.	Pathologie médicale.
LEMAIRE.	Pathologie expérimentale.
LEVEUF.	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI	Neurologie et Psychiâtrie.
MÉNÉGAUX.	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE.	Médecine légale.
PORTES.	Obstétrique.
RENARD	Ophtalmologie.
RICHET.	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÈNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER.	Pathologie expérimentale.
TURPIN.	Pathologie médicale.
VIGNES.	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

Pour le service des examens

MM.

ALGLAVE.	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE.	Parasitologie.
PHILIBERT	Bactériologie.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE. . .	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN. . . .		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT. . . .		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR- VALLÉRY-RADOT		VELTER.	
SÉZARY.			
MM.			
ECALLE.	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT.			
LE LORIER.			
LÉVY-SOLAL.			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé . . .	Education physique.
LEDOUX-LEBARD.	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA GRAND-MÈRE

A MON FRÈRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin à l'Hôpital de la Pitié

*qui a bien voulu nous faire le grand honneur
d'accepter la présidence de cette Thèse.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

A MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIMBELLOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR RENÉ BÉNARD

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

A MES MAITRES DANS LES ASILES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

ce faible hommage d'admiration et de profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GOURIOU

dont les conseils, la bienveillance, et les encouragements nous ont permis d'achever ce travail.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR PASCAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR MISSET

dont l'enseignement a été pour nous précieux et attrayant.

A JEAN HALLEY DES FONTAINES

A MES AMIS J.-R. ROQUES, P.-L. MOLINARI

A MES CAMARADES DES HOPITAUX ET DES ASILES

La principale raison du dédain, voilé de courtoisie, que professent les savants du laboratoire à l'égard de la clinique et du clinicien, tient à ce qu'ils partagent le sentiment des profanes et des gens du monde à l'égard de la médecine et des médecins ; la médecine évoque l'idée de thérapeutiques plus ou moins empiriques, figurées par des drogues plus ou moins efficaces ; le médecin est un soigneur, un guérisseur, un infirmier supérieur.

Nous cliniciens, nous affirmons que la clinique est en réalité devenue une science tout en restant un art, et que le clinicien produit un travail scientifique, dont il cherche à appliquer les données à l'art de dépister les maladies et de formuler le moyen de les combattre.

Professeur E. SERGENT,

Apologie de la Clinique.

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION

Ce travail est un travail purement clinique. On n'y trouvera aucune technique originale d'expérimentation, aucun test nouveau, aucune méthode de laboratoire, aucune tentative thérapeutique autre que celles déjà connues.

Nous n'avons pas voulu faire autre chose que rapporter des observations, confronter leur réalité objective avec les affirmations plus ou moins théoriques (quelle que soit leur nature) publiées jusqu'à ce jour, essayer de distinguer, dans la mesure du possible, ce qu'on peut affirmer, de ce que les faits réfutent d'eux-même. Nous ne proposerons que peu d'explications ou d'interprétations ; nous nous attacherons surtout à une discussion clinique.

Ces pages ne veulent qu'indiquer des orientations possibles.

Nous connaissons, certes, l'incertitude où se trouve la psychiatrie pour adopter « la bonne voie », et les raisons de cette incertitude : peu d'acquisitions solides, aucun terrain sur quoi construire, l'évidence de notre pauvreté scientifique, le pressentiment des découvertes réservées à l'Avenir, l'absence d'une Idée générale légitime ; nous voulons dire, admise du plus grand nombre.

La notion d'infection, en médecine, a donné naissance aux plus fécondes recherches, aux plus heureux résultats pratiques ; elle a réussi même à limiter, à définir, à livrer à l'action directe de nos moyens d'expérimentation ou de traitement, des maladies, dès lors soustraites au vaste domaine hypothétique de la psychiatrie : paralysies générales, encéphalites.

Etendre cette notion d'infection — si vague soit-elle dès que lui manque l'affirmation bactériologique — il semble bien qu'on puisse le faire sans risquer trop de s'égarer, à condition de ne pas perdre de vue l'ensemble du Problème de l'Homme,

Mais, même au milieu de cette notion d'infection, que d'inconnues !

Que seront demain ces inconnues ?

A la lueur de quelles connaissances s'éclaireront les manifestations symptomatiques que nous observons aujourd'hui ?

Tel symptôme, de nous négligé, sera peut-être essentiel. Tel autre auquel nous nous attachons, négligeable.

Notre rôle est de décrire, et de tout décrire ; détails fastidieux, curiosités dont le sens nous échappe, leur valeur bien certaine est dans leur réalité effective.

La discussion à laquelle nous prendrons part est très ancienne ; hâtivement close parfois, reprise, puis délaissée selon les modes ; à peine est-on arrivé, au cours des années où elle a été agitée, à la position exacte, précise d'un problème.

Nous ne pensons pas qu'on puisse aller plus loin, dans l'affirmation, que de proposer la formule suivante :

— Il semble exister dans certains cas, entre l'aliénation mentale et la tuberculose, un rapport.

Rapport étiologique ? Interréaction entre deux infections ? Nous ne saurions rien affirmer. L'imprécision de notre formule correspond à l'imprécision des données du problème.

Aussi longtemps qu'aliénation mentale et tuberculose furent aussi mal connues l'une que l'autre, on se rend bien compte qu'il eût fallu quelque extraordinaire rencontre pour que l'étude d'une de ces affections jetât quelque lumière sur la nature de l'autre ; (non pas cependant sur son évolution clinique : car des faits troublants de réciprocité d'action ont été notés par les plus anciens observateurs).

Le progrès scientifique a d'abord commencé à nous éclairer sur la tuberculose, (en même temps que les travaux sur la syphilis permettaient de comprendre mieux, et de classer de façon plus satisfaisante une partie des maladies mentales) ; on pouvait attendre des simplifications de même ordre, en s'aidant de l'étiologie tuberculeuse.

On n'a pas manqué de le faire, avant même que d'y être autorisé par les faits.

Nous voudrions, en manière d'historique, exposer de quelles remarques est née cette idée, qu'il pouvait bien y avoir une relation entre la tuberculose et l'aliénation mentale.

La plus ancienne observation nous semble être celle de l'alternance entre les manifestations de la phtysie, et des manifestations de déséquilibre mental. Les unes disparaissent, les autres s'installent.

L'esprit des premiers observateurs a trouvé là un double attrait : celui de la régularité oscillatoire (satisfaction que donne l'apparence de la courbe, qui évoque, semble-t-il déjà la forme de la solution) ; celui du pittoresque mystérieux, quand il s'agissait d'une alternance entre deux ordres de phénomènes dont la liaison ne pouvait être clairement conçue, et ne pourra l'être, autant qu'existe le dualisme de l'esprit et de la matière : dualisme commode par sa simplification apparente, mais inefficace par son arbitraire rigidité de principe.

Des plus récents cas de cette alternance d'évolution (en passant par ceux signalés par Esquirol, Ball, etc.) aux plus récents, nous ne voyons pas que rien ait été modifié quant à la façon de les présenter. On constate l'alternance, on se plaît à en souligner la régularité (bien que cette régularité soit relative). Il n'est pas rare qu'on ne veuille voir rien d'autre que ce plaisant et irritant phénomène, et qu'on réduise à cette alternance les données du problème.

Les plus sages se sont bornés à la constater sans en donner aucune explication, même hypothétique. Les plus hardis n'ont pas hésité à établir un rapport de nature entre les deux maladies — quelque isolés que fussent les cas signalés : mais leur netteté schématique suppléait à leur rareté.

D'autres, prudents, se gardèrent de généraliser, et usèrent de formules restrictives : on parlait de psychose tuberculeuse ; on ne prouvait, on n'expliquait rien.

Les cliniciens ne tardent pas, en regard de ces faits d'alternance, à signaler des cas de parallélisme d'évolution.

L'explication de ces deux ordres de faits, d'apparence contradictoire, va de difficultés en difficultés : aussi bien n'en donne-t-on pratiquement aucune. Mais alternance et parallélisme de troubles tuberculeux et de certains troubles mentaux sont des faits

indiscutables d'observation : leur réalité clinique est établie : l'une et l'autre suggèrent l'idée d'un rapport d'évolution. On l'affirme : on attendra une explication des progrès scientifiques.

On trouve un autre argument dans le fait (autre alternance, autre parallélisme) que les enfants des tuberculeux (au moins, l'affirme-t-on) deviennent plus facilement des aliénés, et que les enfants d'aliénés sont prédisposés à la tuberculose.

Il est à peine besoin de dire que des vérifications minutieuses, patientes, précises, auraient seules pu donner quelque poids à un argument comme celui-là, qui se présente, dans les communications où on le trouve (à une époque où les moyens de dépistage et de diagnostic, même, de la tuberculose, étaient des plus insuffisants, et devaient se passer de toute aide bactériologique ou radiologique) comme une affirmation pure et simple, étayée de statistiques discutables, et d'observations dont la faiblesse est trop évidente pour qu'il soit besoin de s'y attacher.

La connaissance plus précise, — peut-être l'extension — de la tuberculose firent qu'on la vit, et qu'on la chercha partout. Pour notre problème particulier, ce fut un troisième argument.

À l'appui de celui-là vinrent, en colonnes serrées, les statistiques. Les publications de 1880 à 1910 en sont chargées. L'alarme est donnée.

La mortalité par tuberculose, dans les Asiles, est deux fois, trois et même quatre fois plus élevée que dans la population extérieure.

Les médecins seuls, heureusement, et non pas le public, s'inquiètent. Car il est bien possible que le public (peut-être, pourtant, n'avait-il pas encore l'éducation journalistique qu'il a de nos jours) se fût inquiété non pas des rapports entre l'aliénation et la tuberculose, mais des rapports entre la tuberculose et les conditions de vie aux Asiles.

Il n'importe.

Mais il sera utile de nous informer des plus récentes statistiques, établies dans les plus modernes Asiles, ainsi que des statistiques des décès par tuberculose établies dans les locaux où vivent des gens sains d'esprit, dont la situation hygiénique se rapproche le plus de celle des aliénés dans les Asiles.

Ce que nous ferons dans un prochain chapitre.

Ainsi, la tuberculose, mieux connue, collaborait plus largement avec l'aliénation mentale.

Des observateurs, cependant, de purs cliniciens, rapportèrent, vers 1905 (ce sont Pierret, Lépine, d'autres) des cas où les rapports de la tuberculose avec les troubles mentaux s'affirmaient de façon plus précise ; les recherches d'Armand Delille, Guy Laroche, sur les poisons microbiens, sur leur fixation sur le tissu nerveux, la notion de toxicité en bactériologie, permettaient aux hypothèses de prendre une orientation bien définie.

On avait des idées générales sur l'intoxication.

On sut l'existence d'encéphalites, de méningo-encéphalites, que vérifiait l'anatomie pathologique.

Ces notions furent appliquées heureusement à la question qui nous intéresse.

Des cas bien observés, et assez concluants, furent publiés. A la vérité, ils manquaient d'un contrôle rigoureux quant à ce qui regardait la vérification de la tuberculose. D'examen radiologiques, ou bactériologiques, il n'était pas question. Seules, des données d'auscultation, imprécises, des impressions sur l'état général, des descriptions de troubles fonctionnels pulmonaires, accompagnent le récit des accidents mentaux (récits précieux dans leur souci d'objectivité).

Il faut dire que de nombreuses analyses chimiques, d'urines, de sang, sont rapportées ; mais leur intérêt ne nous apparaît pas actuellement.

Les auteurs insistent déjà sur le rôle des associations toxiques, ou infectieuses, dans la genèse de certains troubles mentaux.

Déjà, ils affirment que l'intoxication tuberculeuse est capable, à elle seule, de déclancher des troubles mentaux, et non pas une forme particulière, mais toutes sortes de formes de troubles. Autrement dit, pour eux, pouvait succéder à une période aiguë manifestement infectieuse, soit une guérison complète, soit n'importe quelle maladie mentale.

Ces publications limitaient-elles trop, au gré des chercheurs, une question qu'on avait crue plus vaste ? Leur relative imprécision donnait-elle quelque méfiance ? Ou bien l'attention générale suivait-elle un autre courant ? Démence précoce, hystérie,

monde nouveau de la psychanalyse, tels étaient les nouveaux aimants de la recherche.

A peu près à la même époque, le Professeur Laignel-Lavastine et ses élèves publiaient des cas assez comparables à ceux rapportés par Jean Lépine ; mais les notions cliniques, pour ces auteurs, s'appuyaient sur des certitudes anatomo-pathologiques ; les syndromes mentaux les plus divers (mélancolie, confusion, excitation délirante) semblaient pouvoir être réalisés par l'activité, surtout toxique, du Bacille de Koch ; au nombre de ces syndromes mentaux, le Professeur Laignel-Lavastine devait ajouter plus tard *certain*s cas de démence précoce.

La médecine mentale, évoluant, gagnait des distinctions, des classifications, des cadres nosologiques nouveaux.

Et c'est à cela que nous devons la réduction du problème des rapports de l'aliénation mentale avec la tuberculose, à celui des rapports de la démence précoce avec la tuberculose. Car il est bien évident, si l'on s'en réfère aux publications parues au moment de la guerre, et depuis, que telles ont été les nouvelles limites tracées à l'ancien problème.

En fait, notre façon d'exposer les choses éclaire d'un jour quelque peu faux cette évolution des idées.

Il y a eu un désintérêt soudain pour la question, après que les recherches n'eussent apporté rien de concluant. Et c'est de la démence précoce, une fois isolée, que l'on partit, pour tâcher de rejoindre, étiologiquement, le vaste domaine, mal exploré encore, de la tuberculose. Insistons sur ce fait que la recherche nouvelle est étiologique.

Les anciens auteurs, constatant parallélisme ou alternance des troubles, n'affirmaient pas pour cela une identité de cause. (Nous mettrons à part les travaux, non suivis, de l'Ecole Lyonnaise.) Tout au plus pensaient-ils à une influence d'une maladie sur l'autre, mais sans en faire la même maladie. Les auteurs les plus récents, d'ailleurs, reprenant des théories d'intoxication, n'assignent pas un rôle d'exclusive étiologie à la tuberculose, dans la production de certaines aliénations, mais seulement un rôle déclanchant.

Or c'est justement sur ce point que les recherches ont été limitées alors.

La question s'est précisée au profit d'une forme nosologique, aux dépens de toutes les autres.

On ne se borne plus désormais à observer des faits cliniques ; on a l'ambition de les expliquer, et de saisir les causes directes.

Ainsi se posa le nouveau problème, de la nature tuberculeuse de la démence précoce.

Or, les mêmes arguments servent à la nouvelle théorie, qui avaient servi aux anciennes hypothèses :

— Alternance entre troubles mentaux et manifestations de tuberculose. (On peut bien, dit-on, supposer que tous les cas rapportés autrefois n'aient été que des démences précoces, non identifiées, et pour cause ; bien que Ball, en 1881, ait soutenu que des alternances de ce genre se fussent observées entre tuberculose et épilepsie — qui ne saurait vraiment être confondue avec l'hébéphrémie).

— Fréquence de la tuberculose chez les déments précoces. (Les statistiques, ici encore, viennent à l'appui.)

Nous ne croyons pas utile de redire qu'une ombre prudente est jetée sur toutes sortes de faits cliniques, qui dépassent le cadre de la démence précoce.

Du moins présentera-t-on bientôt, pour étayer ces théories, des arguments d'autre valeur.

Je veux parler des recherches biologiques, et bactériologiques, car ces recherches vont être, dès lors, les principaux moyens pour aboutir à une solution.

Il nous paraît opportun de les exposer sommairement en cette place, sans discussion. Nous les reprendrons plus tard, en les discutant, et, au besoin, en les utilisant.

Dès 1908, le Professeur Claude eut l'occasion, à l'autopsie d'une jeune démente précoce catatonique morte de tuberculose pulmonaire, d'observer des lésions de méningite chroniques antérieures, selon toute probabilité, aux accidents pulmonaires. Cette observation (où la seule coexistence de lésions méningitiques anciennes avec des troubles catatoniques n'est peut-être pas suffisante pour autoriser la déduction d'un rapport spécifique entre l'une et l'autre affection — car quelle méningite a jamais donné de syndrome catatonique ?) — cette observation donc, avait ré-

veillé chez les auteurs l'idée de la nature tuberculeuse de certaines formes de démence précoce.

Toutefois, les autopsies, seul moyen possible de vérification, ne montraient qu'exceptionnellement des lésions tuberculeuses chez les déments précoces (du moins des lésions évidentes).

Le Bacille de Koch restait introuvable dans leur organisme. Or, les recherches bactériologiques nous firent savoir que nous ne connaissions qu'un aspect du Bacille.

« Ce que nous appelons tuberculose, écrivait Calmette, n'est que la forme chronique, et la phase terminale d'une affection réalisée par un ultra virus..., etc. »

Voici donc que la notion d'un ultra virus tuberculeux permet de remettre tout en question.

Les travaux un peu plus anciens, sur l'absorption des poisons par le tissu nerveux, permettent de penser que la voie où l'on s'engage est enfin la bonne.

Notons qu'il fallait qu'on eût oublié les publications de l'Ecole Lyonnaise pour attribuer par hypothèse il est vrai, mais sans discussion, à la même cause, des effets bien différents.

Ainsi, avons-nous dit, les recherches seront dominées par l'importance des travaux de laboratoire.

Nous passerons rapidement sur ces recherches : elles ont donné de grands espoirs, et des déceptions aussi grandes. Nous reprendrons cette question de façon critique dans un prochain chapitre. (Pour leur exposé historique complet, nous renvoyons volontiers à l'article de Mlle Pascal, paru en 1932 dans le *Progrès Médical*, sous ce titre : « Le brouillard étiologique de la démence précoce est-il dissipé ? »).

Les recherches, donc, tâchent de préciser l'existence du bacille de Koch dans les humeurs ; de déterminer la fréquence de cette présence ; de décrire les formes que peut prendre le bacille dans ses fixations, formes jusqu'ici inhabituelles.

Des techniques nouvelles, sur lesquelles nous n'avons pas à insister, sont employées pour les cultures. L'inoculation au cobaye sain, ou préparé par injection d'extraits acétonémiques, sert le plus souvent de contrôle.

En même temps que se poursuivaient ces travaux chez les aliénés (et même bien avant qu'ils ne fussent entrepris) des

expériences identiques étaient faites chez des individus non atteints d'aliénation mentale, mais atteints d'infections banales, tuberculeuses ou autres.

Nous envisagerons parallèlement les uns et les autres de ces travaux. Et s'il nous faut suivre l'ordre chronologique, nous citerons d'abord Troisier et de Sanctis Monaldi (Mai 1932, extrait d'une communication à l'Académie de Médecine).

Les auteurs ont recherché la bacillemie chez des malades non cliniquement tuberculeux.

Quatre pour cent de leurs résultats furent positifs.

Parmi les cas positifs, les malades étaient atteints :

- l'une d'une endocardite infectieuse,
- l'autre d'une pneumonie franche aiguë,
- l'autre d'une méningite cérébro-spinale.

Les autopsies confirmèrent l'absence de lésions macroscopiques tuberculeuses.

« Il devient donc évident, disent les auteurs, que la constatation du Bacille de Koch dans le sang ne permet pas d'affirmer que la maladie dont souffre un sujet donné est d'essence tuberculeuse. L'infection aiguë provoque la sortie du virus tuberculeux jusque-là enclos dans l'organisme où il vivait à l'état latent, presque saprophyte. »

Netter, présent à cette communication, se rallie à l'opinion de Troisier et de Sanctis Monaldi.

Nous ne voulons pas insister ici sur l'importance de ces conclusions. Et bien qu'il soit question de malades atteints d'infections aiguës, nous pensons que l'interprétation des bacilleemies réelles deviendra bien délicate.

Par ailleurs, nous nous souviendrons de ces faits pour expliquer nombre de phénomènes cliniques.

Mais les discussions vont se compliquer : car l'existence même des bacilleemies signalées dans la suite, chez les aliénés, cette fois, sera mise en doute. Pour le moment, il n'importe.

En Octobre 1932, Baruk, Biderman et Albane présentent un travail sur « les réactions allergiques des déments précoces, sensibilisation toxique, tuberculose torpide et troubles nerveux » (nous reviendrons sur ce travail).

Les auteurs signalent l'état d'allergie particulièrement sensible

chez les déments précoces, à la tuberculose, et le rôle d'une « imprégnation toxique ou toxi-infectieuse plus ou moins latente de nature tuberculeuse » chez ces malades.

Paul Abely, dans la discussion de cette communication, fait bien remarquer que l'état d'allergie des déments précoces s'étend à toutes les toxines en général. Il ne semble pas qu'on ait suffisamment tenu compte de cette remarque.

Dans le même ordre d'idées, citons la réponse de Targowla à d'Hollander, au cours d'une communication à peu près contemporaine de celle de Baruk : « qu'on observe des réactions fortement positives d'hyperallergie cutanée au cours de la période d'état de toutes les psychoses ». (D'Hollander, dans le compte rendu de ses travaux, affirmait, avec preuves bactériologiques (cultures de sang sur milieu de Lœwenstein) et vérification par inoculations, la présence quasi constante du bacille de Koch dans les humeurs des déments précoces).

La constance de ces résultats, ou bien donnait une solution définitive au problème, ou bien se rendait suspecte par sa facilité même.

S'orientant dans la même voie, Toulouse, avec Schbiff, Valtis, Van Deinse, parlent de l'ultra virus tuberculeux dans la genèse possible des troubles hétérophréniques.

En 1933, Claude, avec Coste, Valtis, Van Diense, apportent, sur 19 cas, 12 recherches de bacilles positifs dans le sang de déments précoces.

On établit un parallèle entre ce qu'est à l'infection syphilitique, la paralysie générale, et la démence précoce à l'infection tuberculeuse.

Notons-le bien encore : on a perdu de vue tout ce qui cliniquement présentait avec la tuberculose (en fait de troubles mentaux) des rapports identiques à ceux qui peuvent exister de démence précoce à tuberculose (parfois même bien plus nets qu'eux).

Il faut dire que les résultats bactériologiques, probants si on les prenait à la lettre, laissaient bien des gens sceptiques. Scepticisme que légitimèrent les travaux des années suivantes :

En Mai 1934, Dide et Aujaleu apportent à la Société Médico-psychologique un travail sur la transmission expérimentale de

virus filtrants par injection au cobaye de liquide céphalo-rachidien de déments précoces.

Les résultats sont négatifs, même dans le cas d'un malade mort depuis de tuberculose généralisée.

Le Professeur Claude lui-même fait à cette séance des réserves sur les résultats qu'il apportait l'année d'avant, à cette même Société.

Cependant, en 1935, Debré et Perrault, à l'Institut Pasteur, recherchent la présence du Bacille de Koch dans le sang et les différents tissus, chez des malades tuberculeux, non aliénés, et concluent à sa très grande rareté; ils signalent seulement la possibilité, chez des nourrissons nés de parents tuberculeux d'une dissémination sanguine du bacille, mais seulement après la période allergique.

Signalons maintenant — loin du cadre de la démence précoce — l'étude de Faure-Beaulieu et Brun sur plusieurs cas de méningite tuberculeuse: pour eux — et cette opinion est devenue classique — la méningite tuberculeuse ne relève pas toujours du Bacille de Koch adulte type, mais à des formes granulaires qui produiraient seulement des lésions anatomiques inflammatoires, non spécifiques. (Si nous sommes loin du tableau clinique de la démence précoce, nous sommes près des manifestations de l'ultra virus tuberculeux. Et en dépit de différences de localisation possibles, on ne s'explique guère la dissemblance aussi radicale entre deux tableaux cliniques (méningite, démence précoce) réalisés par une même forme d'agent infectieux.

Une publication de Mlle Pascal, avec Saenz, Costil, Chapoulaud, en 1934, sur la bacillemie tuberculeuse chez des malades atteints de démence précoce, puis un travail de A. Beck, exposé à la Société de Biologie en 1935 sur « les relations entre démence précoce et tuberculose, contrôle du sang, du liquide céphalo-rachidien, et du cerveau des déments précoces par des expériences sur l'animal » semblent mettre un point final à la controverse sur les bacilleemies: après de longs et minutieux travaux selon les méthodes employées par ses prédécesseurs (il ne mit pas moins de 200 cobayes en expérience).

Beck exclut formellement le rôle de la tuberculose dans la démence précoce.

Au moins peut-il porter cette affirmation bactériologique. Nous voici donc revenus à notre point de départ, quant à l'étiologie tuberculeuse de la démence précoce, et revenus à la question que nous posions au début du chapitre :

Quel peut être le rapport entre la tuberculose avec certains troubles mentaux, et quels sont ces troubles mentaux ?

Bien entendu, la démence précoce fait partie de ces troubles mentaux ; d'ailleurs bien plutôt en tant que syndrome, qu'en tant que maladie autonome.

Suivant en effet Claude et son école, nous pensons que la question des rapports de la tuberculose avec la démence précoce n'est pas résolue.

Peut-être doit-elle se placer sur un terrain autre, et plus large qu'un terrain purement étiologique ?

S'agit-il d'actions réciproques d'infection à infection ? ou d'associations microbiennes ?

Le champ est ouvert aux hypothèses.

— (Nous ne parlons pas, dans cet exposé, d'ouvrages auxquels nous nous référerons largement plus tard, qui traitent des encéphalites psychiques. A la vérité, nous avons pensé légitime d'assimiler aux cas qui y sont rapportés, beaucoup des cas que nous décrirons.

Mais les auteurs avaient d'eux-même fait si réduite la place de la tuberculose parmi les infections psychiques, qu'elle passe à peu près inaperçue, quand on la trouve même indiquée.)

CHAPITRE II

Généralités - Statistiques

Nous rapportons, au cours de ce travail, soixante-trois observations d'aliénées atteintes de tuberculose ; ces observations ont été prises dans le service des aliénées tuberculeuses de Maison-Blanche. Nous avons connu et suivi chacune de ces malades ; nous avons nous-même surveillé l'évolution de leurs troubles mentaux, en même temps que celle de leur tuberculose.

Essayons — provisoirement — de répartir ces malades dans les cadres nosologiques actuels de la psychiatrie — autant que faire se peut :

1°) Arriération ou imbécillité : *cinq* cas.

2°) Arriération avec épilepsie : *quatre* cas.

(Nous rangerions volontiers dans la même rubrique ces neuf cas : les quatre épileptiques sont, quant à leur arriération, en tous points semblables aux cinq premières, et celles-ci sont toutes plus ou moins suspectes d'accidents comitiaux ou d'équivalents ; leur histoire est la même : convulsions du jeune âge, troubles profonds du caractère, comportement familial et social identiques...) Elles ont même âge et même aspect, et, au moins chez l'une d'elles, il s'est vérifié déjà l'apparition d'accidents comitiaux nets, tardifs, alors que la malade était primitivement classée comme arriérée pure et simple.

3°) Épileptiques sans troubles de développement : *deux* cas (l'une de ces malades est aussi périodique, l'autre est alcoolique).

4°) Déséquilibres psychiques après encéphalopathies graves, de l'enfance, sans épilepsie, sans arriération : *deux* cas.

5°) Psychoses périodiques : *trois* cas (dont l'une déjà rangée dans les épileptiques).

6°) Paralysies générales : *trois* cas.

- 7°) Psychoses hallucinatoires chroniques : *sept* cas.
- 8°) Mélancolie chronique : *un* cas.
- 9°) Délires systématisés : *six* cas.
- 10°) Confusion mentale anxieuse : *six* cas.
- 11°) Psychoses post-infectieuses (typhiques) : *deux* cas.
- 12°) Démences précoces : *douze* cas.
- 13°) Inclassables : *deux* cas.
- 14°) Bouffées délirantes : *huit* cas.

Nous classons ces huit cas à part, en raison de leurs rapports particuliers avec une évolution ou une réactivation de tuberculose, et de leur aspect clinique particulier.

— Quant aux formes, aux localisations de la tuberculose, elles se répartissent ainsi :

Tuberculoses pulmonaires : 49.

Tuberculoses intestinales : 7 (avec localisations pulmonaires secondaires).

Tuberculoses ganglionnaires : 4 (dont une osseuse).

Localisations multiples : 2.

Nous avons tenu compte, dans ce classement, des lésions primitives. Dans presque tous les cas qui n'ont pas débuté par des localisations pulmonaires, celles-ci se sont produites à un moment donné de l'évolution (le plus souvent discrètes, et pourtant donnant lieu à une dramatique symptomatologie fonctionnelle, généralement au milieu d'un tableau d'intoxication profonde).

Ainsi la forme évolutive pulmonaire a été de beaucoup la plus fréquemment observée.

La tuberculose intestinale (et la péritonite tuberculeuse) viennent ensuite. Puis les lésions ganglionnaires et osseuses (souvent concomittantes). Deux cas seulement de disséminations et de localisations multiples, viscérales (surtout rénales) du bacille de Koch.

*
**

Le Pavillon des aliénées tuberculeuses de Maisons-Blanche, ouvert en 1934, était destiné à recevoir toutes les malades tuberculeuses des Asiles de la Seine. Nous ne savons pas si effective-

ment, toutes les tuberculeuses avérées ont été dirigées sur ce service. Toujours est-il qu'il a fallu environ deux ans pour arriver au chiffre stabilisé de cinquante malades dans le service.

Nous avons reçu au début des malades porteuses de lésions très anciennes, ou sclérosées, ou à la fin de leur évolution, anciennes malades d'Asiles, connues depuis longtemps comme tuberculeuses.

Au moment où le mouvement normal du service semble établi, nous recevons surtout des malades dont la tuberculose est déjà diagnostiquée, dès avant leur entrée dans les Asiles, ou dont le diagnostic est fait à l'Asile central qui les dirige aussitôt sur Maison-Blanche.

Quelques cas sont des découvertes, surtout radiologiques, au hasard d'incidents cliniques.

On ne saurait trop insister sur la difficulté qu'il y a à déceler en temps utile la tuberculose chez beaucoup d'aliénés. On sait que les maladies dites organiques prennent à l'Asile très souvent une forme atypique ; paradoxale résistance des sujets, ou bien déconcertante fragilité. Inconstance de symptômes subjectifs, non exprimés peut-être par suite de l'émoussement de la sensibilité, ou diffusion dans l'expression de ces symptômes en une multiplicité de manifestations où se trouvent confondus signes essentiels et créations mentales du malade (dont l'intérêt réside sur un plan tout différent).

Mlle Pascal a signalé ces difficultés.

Insistera-t-on assez sur ce point ?

Arriérées à l'activité réduite, un peu pâles, un peu amaigries (mais qu'on n'entend pas tousser, et qui ne crachent pas plus que les enfants), qu'on n'entend jamais se plaindre. Les ausculte-t-on ? on désespère d'obtenir un mouvement respiratoire perceptible. A la radioscopie, on découvre des sommets obscurcis par un voile épais, des images floconneuses...

— Déséquilibrées (après des méningites de l'enfance ou bien des encéphalites) qui savent maigrir, tousser, cracher le sang, avoir de la fièvre, et, si vous n'y prenez pas bien garde, vous imposer un diagnostic erroné (car il ne faut pas penser à des vérifications bactériologiques : les malades ne crachent que quand elles le veulent bien ; ni radiologiques : leurs crises d'excitation,

plus ou moins volontaires, se déclanchent volontiers au moment d'un examen qui les trahirait), jusqu'au jour où elles sont prises à leur propre jeu : une vraie hémoptysie se déclare, et elles n'y sont, cette fois, pour rien.

— Périodiques, déprimées soudain, et dont l'état général fléchit (mais, ne les a-t-on pas déjà vues bien souvent dans cet état ?) On ne pense pas tout de suite à la tuberculose, et, y pensa-t-on, on se tromperait neuf fois sur dix. Mais un jour un scrupule vous fait demander une radiographie : il s'agit de tuberculose.

— Hallucinées souffrant mille maux, fluides, compressions des poumons, écrasement du thorax, coups de poignards dans la poitrine : voilà qui attire l'attention : on recherche la fameuse épine organique. Or, la radiographie montre des poumons intacts.

Mais cette malade dont les membres sont secoués d'électricité, qu'on viole, qu'on assomme et qu'on brûle la nuit, elle ne se plaint pas du poumon : elle est pourtant tuberculeuse.

— Confuses, démentes précoces, tant d'autres dont l'examen est difficile, décevant : toute la patience du monde n'arrive pas toujours à vaincre une opposition souriante, et on examine mal un malade par force.

Nous croyons à ce propos, fermement, à la capitale utilité d'une atmosphère, tant matérielle que morale, autour de ces malades, faite de calme, de lumière, de confiance. Et nous verrons qu'on ne saurait songer à certaines thérapeutiques sans être voué à toutes sortes d'échecs, qu'en étant bien sûr que ces malades sont à l'abri de toute excitation extérieure, et pour cela environnées de douceur régulière, d'attentions et de soins personnels, aussi bien que d'un suffisant espace isolant.

Dans l'ensemble, le contrôle radiologique systématique empêche de classer parmi les tuberculeuses plus d'une malade qui présente tous les signes fonctionnels d'une affection chronique tuberculeuse.

Et il nous semble important, dans toutes les statistiques, de ne considérer comme tuberculeuses que des affections dont la preuve bactériologique ou au moins radiologique aura été faite.

Nous reviendrons bientôt sur ce point.

Si on tient compte des chiffres (qui, encore une fois, ne correspondent pas à une réalité absolument exacte, puisque nous ne savons pas si le dépistage de la tuberculose est systématique dans les Asiles, ni si tous les cas découverts nous ont été envoyés ; au moins pouvons-nous supposer que les cas évidents nous sont parvenus) il n'apparaît pas que le nombre des tuberculeux parmi les aliénés soit aussi élevé qu'on a bien voulu le dire.

Au reste, reportons-nous aux statistiques.

Ne nous arrêtons pas trop aux ravages dus à la phthisie dans les Asiles pendant les siècles passés. Même s'il était aujourd'hui démontré que la tuberculose est plus fréquente chez les aliénés que dans la population normale, nous ne saurions vraiment pas dire dans quelle mesure — certainement considérable — les conditions de la vie à l'Asile, augmentant la réceptivité des malades, alourdissaient alors tragiquement les statistiques.

A la fin du siècle dernier encore, il y a, d'après Clouston, deux fois plus de tuberculeux chez les aliénés que dans la population ordinaire (1881).

Nous ne voulons pas dire que les statistiques aient été le moins du monde inexactes. Nous les croyons au contraire parfaitement bien faites. Mais il faut qu'une statistique soit interprétée. Et il nous paraît un peu hâtif de dire, parce qu'on rencontrait plus de tuberculeux dans les Asiles que dans la population ordinaire, que les aliénés sont plus réceptifs à la tuberculose, que les gens sains d'esprit. C'est pourtant ce qu'on a voulu dire.

Il faudrait, pour avoir des statistiques valables, que les aliénés fussent d'abord mis dans des conditions générales d'hygiène les plus proches de celles où se trouvent les gens normaux.

Des auteurs, il est vrai, contestaient déjà les conclusions de Clouston.

Il n'est pas inutile, d'ailleurs, de citer ici ces quelques lignes de Villemin, qui sont un peu antérieures aux publications de statistiques dont nous parlons ; en même temps qu'il montre la contagiosité de la tuberculose, Villemin montre « le rôle du confinement, de la sédentarité, de la cohabitation, et la fréquence, par suite, de la tuberculose dans les pensions, les fabriques, les couvents, les casernes ».

Il n'est pas fait, il est vrai, mention des Asiles. Ce que nous

en savons, pourtant, rend bien légitime de les ajouter à la liste des agglomérations malsaines citées par Villemin. Si les conditions d'hygiène se sont bien améliorées dans nos Asiles modernes, il n'en reste pas moins vrai qu'aucune statistique ne sera valable autant qu'elle portera sur une population de malades entassés dans des locaux qui n'ont été prévus que pour un nombre d'habitants bien inférieur au nombre effectif.

(Notons bien qu'une récente statistique américaine donne les mêmes pourcentages que les anciennes statistiques : mais nous ignorons dans quelles conditions vivent les aliénés dans les provinces américaines dont il s'agit dans ce travail.)

Pour nous, les conditions de vie, dans les Asiles, sont encore en tous points comparables à celles des casernes et des fabriques dont parlait Villemin.

Ajoutons même que la difficulté de discerner la tuberculose avérée, de certains états cachectiques fréquents chez les aliénés, empêchant d'isoler à temps des malades contagieuses, rend le danger infiniment plus grand, et les risques de propagation plus menaçants que partout ailleurs.

Il nous paraît, d'autre part, utile de nous référer à la statistique établie en Suisse, à l'Asile de Rheinau, par Wechsler, de 1910 à 1931. Dans des conditions d'hygiène normale — aération, nourriture, lumière — le nombre des tuberculeux a beaucoup diminué chez tous les malades de l'Asile. Les tuberculeux sont même devenus plus rares à l'Asile que dans la population.

Nous avons, pour nous, été frappés, lors du dépistage des tuberculeuses dans les différents services de l'Asile de Maison-Blanche, de constater que seuls les pavillons de conception moderne, où n'existe, et ne peut exister qu'une légère surcharge de malades, n'ont fourni aucune tuberculeuse en évolution.

D'après les chiffres donnés par Mlle Pascal, depuis l'ouverture de ces pavillons, la mortalité par tuberculose pulmonaire (chez les démentes précoces) est en décroissance nette — de dix décès à un seul, suivant une courbe régulière.

CHAPITRE III

Position générale du problème; De la légitimité de sa réduction aux rapports de la seule démence précoce avec la tuberculose.

Il importe de définir ce que nous entendons par tuberculeux. Si cette précaution nous semble nécessaire, c'est qu'on a reculé jusqu'aux extrêmes limites des possibilités d'investigation le domaine de la tuberculose, quand il s'est agi de démontrer l'origine supposée tuberculeuse de la démence précoce.

Il n'existait pas de manifestations cliniques de tuberculose ?

Mais, disait-on, la tuberculose peut être latente, et ne manifester par rien une activité ralentie. Le bacille est dissimulé dans l'organisme, de telle façon que nous ne possédons aucun moyen, actuellement, de déceler sa présence effective. Or, qu'une circonstance fortuite le rende plus virulent, ou mette l'organisme en état de moindre résistance, et le bacille réapparaît, sous une forme que nous savons identifier.

Ou bien la forme de tuberculose que représente la démence précoce n'est pas nécessairement provoquée par le bacille sous sa forme microscopique : nous savons qu'il existe un ultra-virus tuberculeux, et ce bacille que nous voyons sous nos microscopes n'est qu'une forme ultime de son évolution. (Nous rendons compte ailleurs, de l'échec des méthodes bactériologiques pour prouver ces assertions, au moins celle de la présence sous quelque forme que ce soit, du bacille dans les organes (y compris le cerveau) le sang, le liquide céphalo-rachidien des déments précoces.)

Or, sans chercher ces vérifications bactériologiques à l'aide de techniques difficiles, il eût mieux valu chercher à organiser les données du problème.

D'authentifier comme tuberculeuses, capables de réactions organiques graves, des lésions torpides et d'apparence latente,

pouvait déjà surprendre ; mais c'était loin d'être invraisemblable. Pourtant cela ne pouvait rien expliquer de façon satisfaisante. Car ces lésions se rencontrent, plus ou moins, chez le plus grand nombre des aliénés (et faudrait-il alors étendre le problème étiologique à toute l'aliénation mentale ?) mais aussi chez une foule de gens qui ne soit pas aliénés.

Au reste, voici ce qu'écrivit Besançon dans les « données actuelles du problème de la tuberculose » :

« Des anatomo-pathologistes comme Burkhard, comme Shaug, avaient signalé la présence extrêmement fréquente de la tuberculose aux autopsies d'individus ayant succombé de mort violente, ou à la suite d'une maladie autre que la tuberculose. »

Et ailleurs :

« La statistique la plus complète est celle du professeur Naegeli de Zurich, qui arriva à cette conclusion que 97 % des adultes des villes présentent des lésions tuberculeuses, alors qu'un sixième ou un septième seulement de ces individus touchés meurent de tuberculose. »

(Ce sont exactement les chiffres auxquels arrive Mademoiselle Pascal dans son pourcentage de démentes précoces atteintes de tuberculose.)

Si telle est la fréquence des imprégnations latentes tuberculeuses, cicatrices de primo infections, pour la plupart, comment invoquer cette étiologie unique dans la genèse de troubles aussi graves que les troubles catatoniques ?

Aussi bien reviendrons-nous sur la question de savoir s'il est légitime de réduire le problème des rapports entre l'aliénation et la tuberculose, aux seuls rapports entre la démence précoce et la tuberculose.

Il ne saurait, nous l'avons dit, être question d'étiologie tuberculeuse des troubles mentaux en général.

Il ne peut être question que de rapports, d'influences réciproques, et seulement dans certains cas, de causalité possible.

Pour le moment, nous tâchons seulement d'établir quelles formes de tuberculose, quelles manifestations cliniques seront pour nous nécessaires et suffisantes pour parler de tuberculose active.

(Nous savons bien que nous laisserons de côté bien des cas

où l'on pourrait légitimement parler de tuberculose ; pourtant, il importe d'avoir un critère ; nous ne saurions rien affirmer en présence d'une observation où la seule indication de tuberculose serait, par exemple, une image radiologique « dont les ombres hilaires sont un peu denses ». S'il nous avait fallu traiter en tuberculeuses toutes les malades dont les poumons avaient cet aspect radiologique, combien de Pavillons spéciaux n'eût-il pas fallu construire pour les recevoir ?)

Renonçant à toute méthode autre que la clinique pour établir le diagnostic de tuberculose chez nos malades, nous n'aurons recours qu'aux simples vérifications en usage en médecine courante ; mais il nous faudra une concordance clinique, radiologique et bactériologique bien établie.

D'autre part, nous aurons comme constant souci de nous reporter à ce qui s'observe quand l'une des deux maladies qui nous intéressent, manque. Ainsi, nous prendrons ces deux pôles de comparaison :

Les formes que revêt la tuberculose chez les gens sains d'esprit ;

Les formes que prennent les maladies mentales chez les malades indemnes de tuberculose.

Cette confrontation incessante nous paraît indispensable. La formule en est lente, du moins ne fait-elle état d'aucune idée *a priori*, et ne tend-elle vers aucune démonstration préformée.

Pourquoi posons-nous le problème, non plus sous la forme *démence précoce et tuberculose*, mais *aliénation mentale et tuberculose* ?

Nous avons expliqué le déplacement de l'ancien problème général, et sa transformation en problème étiologique limité à la seule *démence précoce*.

Les arguments cliniques ne justifient en rien cette position nouvelle.

1°) L'Hérédité : Il n'est pas possible de limiter son influence à la *démence précoce*. De deux enfants d'aliéné, l'un peut devenir *dément précoce*, l'autre *périodique*. Des hérédités mentales, ou tuberculeuses, nous en avons trouvé chez presque toutes nos malades ; les plus lourdes hérédités n'ont pas toujours dirigé

l'évolution des troubles vers la démence précoce, mais plutôt vers des bouffées délirantes que nous décrirons ultérieurement.

2°) L'Alternance, ou le parallélisme des troubles mentaux avec les manifestations tuberculeuses s'observe :

Entre la tuberculose et d'autres troubles mentaux que l'hébéphrénie (périodicités, confusion, on a même signalé épilepsie).

D'autre part on observe des alternances de même allure entre la démence précoce, ou tout autre trouble mental, et n'importe quelle infection, tuberculeuse ou non.

Il n'y a donc rien là de particulier, ni à la démence précoce ni à la tuberculose, ni à l'association des deux maladies.

3°) Fréquence de la tuberculose chez les déments précoces
Reportons-nous à la statistique déjà citée, de Wechsler (Asile de Rheinlan, 1910-1931) « La mortalité due à la tuberculose n'est pas plus grande chez les déments précoces que chez les autres malades mentaux ».

Cette statistique, il est vrai, est en contradiction avec d'autres. Mais pourquoi tenir compte des unes plutôt que des autres ? Les unes et les autres sont sans doute exactes. Mais elles n'ont certainement pas été faites toutes conditions semblables.

Pour nous, le chiffre de déments précoces parmi nos malades est incontestablement élevé, 12 sur 62 malades ; plus que dans aucune autre forme nosologique.

Or, comme l'indique Mademoiselle Pascal, il n'est peut-être pas inutile de considérer la question en fonction de l'âge des malades déments précoces, que de l'âge le plus habituel d'apparition de la tuberculose.

Nos malades d'Asile jeunes (épileptiques, arriérés) sont frappés par la tuberculose autant que les déments précoces.

Parmi elles se trouvent 22 malades dont la tuberculose a débuté avant 30 ans, et surtout de 17 à 25 ans (chez elles, bien entendu, les troubles mentaux n'ont rien à voir avec la tuberculose).

N'oublions pas que l'âge de l'apparition le plus fréquent de la tuberculose est le même que celui de l'apparition de la démence précoce (un peu plus précoce, dans l'ensemble). Cette coïncidence d'une date d'apparition ne suffit pas à notre avis pour penser à une causalité. Au moins n'est-on pas plus autorisé à dire que la démence précoce est d'origine tuberculeuse, qu'on ne peut l'être

à dire que la démence précoce prédispose à la tuberculose, ou plutôt à la réactivation évolutive de la tuberculose qui s'est manifestée, chez les futurs déments précoces, comme chez beaucoup d'autres individus, par une primo-infection vérifiable en bien des cas cliniquement ou radiologiquement.

Nous renoncerons donc provisoirement à tout problème étiologique. Nous envisagerons seulement des rapports cliniques, non pas limités à une seule forme nosographique, mais à l'ensemble des maladies mentales.

CHAPITRE IV

Méningo encéphalites et encéphalites tuberculeuses

Des six cas que nous groupons en ce chapitre, les quatre premiers nous semblent exactement superposables. Les trois cas que nous leur avons adjoint (à la vérité cliniquement assez dissemblables) nous paraissent pouvoir tirer quelque éclaircissement de l'étude des quatre premiers.

OBS. n° 1. — Mlle H..., 22 ans.

Père alcoolique.

Mère aliénée (anxiété délirante).

Enfance sans histoire. Aucun accident nerveux. Pas de troubles de développement. Banales maladies infectieuses (rougeole...). Rien à signaler, en somme, jusqu'en Janvier 1936.

Après une période relativement brève d'imprégnation, une tuberculose pulmonaire se déclare. (Localisation : lobite supérieure droite.)

Un pneumothorax artificiel, institué presque aussitôt, est mal supporté. La fièvre est rapidement élevée. Du liquide apparaît, de plus en plus abondant malgré les ponctions. Cela dure quelques semaines.

Puis, du sanatorium de Clermont-Ferrand; où la malade se trouve, on écrit aux parents que l'état mental de leur fille est inquiétant : état d'anxiété aigu, négativisme.

La jeune fille est aussitôt ramenée à Paris, à Lariboisière, d'où on la dirige sur Sainte-Anne.

L'état physique est précaire.

Le certificat d'admission porte : « Confusion avec réponses rares, gémissements, anxiété, insomnie, turbulence ».

Nous recevons la malade en Mai.

Pâle, amaigrie, l'aspect grippé d'une infection grave.

L'état mental reste le même jusqu'en Août : c'est une confusion anxieuse. Encore l'anxiété est-elle l'élément prédominant ; car la malade « enregistre » tout ce qui se passe autour d'elle, connaît les noms des infirmières, du médecin, des malades. Son comportement est celui d'une grande anxieuse : instabilité motrice, perplexité, doutes, craintes, frayeurs.

Affectivité parfaitement conservée : la malade ne cesse d'appeler ses parents et ne se sent en sûreté que près d'eux. Rien ne fait penser à une hébéphrénie commençante : il n'y a rien qui annonce une désinsertion du réel, aucun sentiment d'étrangeté du monde extérieur.

Au point de vue pulmonaire : hydropneumothorax remontant jusqu'à la clavicule. (On ne peut d'ailleurs, radiologiquement, délimiter de niveau liquide, tout le champ pulmonaire droit est couvert par une ombre épaisse et homogène. Les ponctions ramènent facilement un liquide clair.) Température élevée. Mauvais état général. Toux spasmodique. Pas d'expectoration.

— Pendant quelques jours, une amélioration mentale se dessine ; l'anxiété semble céder, et, parallèlement, la confusion. Cela dure peu. La confusion reprend, avec hallucinations auditives épisodiques.

— En Juin, une élévation de température précède et accompagne une otite droite. La suppuration dure quelques jours. Aucune modification de l'état mental.

— Puis, troubles gastro-intestinaux. Aggravation de l'état général.

— Le 28 Août, une crise convulsive précède un tableau de méningite tuberculeuse, confirmée par la ponction lombaire.

La confusion fait place à de la prostration.

La mort survient en trois jours.

L'autopsie, en plus des lésions pulmonaires, montre des lésions intestinales avancées. Adhérences méningées à la partie la plus antérieure de la scissure interhémisphérique.

OBS. n° 2. — Mlle Gu..., 20 ans.

Pas de tuberculose dans la famille ni dans l'entourage.
Mère aliénée.

Nous savons peu de chose de l'enfance de la malade.
Pneumonie à 9 ans.

En Juin 1935, après des crises douloureuses abdominales, à symptomatologie mal définie, vaguement localisées à la région de l'hypochondre droit, on décide d'intervenir.

L'opération — pour appendicite — est faite à Courbevoie.
On trouve, non une appendicite, mais des lésions intestinales d'apparence tuberculeuse.

La cicatrisation de la plaie ne se fait pas. Une fistule persiste. Un peu plus d'une semaine après l'intervention apparaît un état anxieux, caractérisé par :

« des idées d'indignité, des gémissements, des pleurs, des lamentations » (Louis RAMOND, 10-7-1935).

On signale ensuite une période de mutisme et d'opposition qui dure environ deux mois. (Subjectivement, il restait de cette période, à la malade, l'impression d'un vide mental, avec perception épisodique de voix injurieuses.)

Une amélioration mentale se dessine lentement, en même temps que s'aggravent les lésions intestinales.

Dans notre service, où elle entre le 10 Octobre 1935, la malade se présente ainsi :

« Inhibition psychomotrice marquée. Réactions lentes. Voix monotone. Sourires (non désadaptés). Réponses pauvres. Pas de signes d'hébéphrénie. Pas trace d'indifférence affective ; elle réclame son père et lui manifeste beaucoup de tendresse. Ni stéréotypies, ni conservation d'attitudes. Dans l'ensemble, il n'y a qu'un ralentissement de l'activité. Inertie. Anxiété essentielle.

Physiquement : aspect d'intoxication profonde.

Péritonite tuberculeuse ; fistule ouverte.

Aucune localisation pulmonaire.

— Vers Novembre, une amélioration mentale notable se produit : la malade est aimable, douce, confiante.

Mais l'état général devient cachectique, par suite de l'évolution grave de la péritonite.

Une fistule stercorale se produit au niveau de la cicatrice d'intervention.

Eschare sacrée. Deshydratation profonde. Muguet.

Mort, sans changement de l'état mental.

OBS. n° 3. — Mlle B..., 21 ans.

Antécédents héréditaires ou collatéraux :

Mère morte tuberculeuse ;

Trois frères morts de méningite ;

Un frère en préventorium.

Les seuls renseignements que nous aient donné les parents, sur l'enfance de la malade, sont : qu'elle était douce, et sage ; qu'elle s'est mal développée.

Elle n'a jamais su lire ni écrire.

Elle a été réglée à 18 ans.

Elle a vécu auprès de sa mère, jusqu'à ce que celle-ci mourût de tuberculose, il y a cinq ans.

Alors, la malade fut placée en sanatorium, déjà atteinte, elle aussi. Elle ne reçut pas de traitement spécial.

C'est du sanatorium de Magnanville qu'on l'envoie à Cochon, après une tentative de suicide, au cours d'un état anxieux aigu, qui, après quelques oscillations, aboutit à un état confusionnel, fortement teinté d'anxiété.

Inhibition progressive des fonctions intellectuelles. Alternatives d'excitation et de dépression, mais, en général, égarement.

Tentatives de fuite. Errance. Frayeurs.

Palilalie. Stéréotypies.

Une ponction lombaire faite dès l'entrée à Sainte-Anne montre qu'il ne s'agit pas de méningite tuberculeuse.

Nous recevons la malade dans un état de cachexie profonde.

Les lésions pulmonaires sont, à droite, très étendues, ulcérocaséuse largement excavées.

A gauche, elles sont relativement peu importantes ; à point de départ hilaire, elles tendent à essaimer vers la région apicale.

Température oscillante, à maximums très élevés.

Les troubles gastro-intestinaux rendent l'alimentation à peu près impossible.

Quatre mois après l'entrée, la mort survient : l'état mental est resté le même : confusion à peu près complète. Anxiété paroxystique.

A aucun moment il n'y a eu de signe méningé.

A noter l'hyperthermie brusque, à 40, sans rémission, des trois derniers jours, et l'aspect d'intoxication profonde qu'a présenté la malade, de plus en plus accentué vers la fin de sa vie.

OBS. n° 4. — Mlle R..., 32 ans.

Antécédents familiaux :

Père alcoolique ;

Mère diabétique (bizarre, peu sociable) ;

Sœur de la mère : troubles mentaux épisodiques ;

Grand mère maternelle : suicidée (mélancolie).

Antécédents personnels :

Affections banales de l'enfance : rougeole, varicelle.

Réglée à 15 ans.

A cette époque, on aurait suspecté une tuberculose pulmonaire commençante. Mais, pendant 15 ans, il ne se produisit rien qui pût faire soupçonner une évolution.

— Couturière. C'était une jeune fille triste, renfermée, insociable, emportée, soupçonneuse.

Sans cesse préoccupée de sa santé ; elle se plaint de l'estomac, de l'intestin. On finit par lui trouver une colibacillose, et on la soigne pour cela.

Elle interprète sans cesse l'attitude des gens, dans un sens d'hostilité contre elle (et peut-être n'a-t-elle pas tort : elle se rend odieuse par son caractère).

Se brouille avec tous ses amis. Colères violentes.

Chantage affectif : menaces de suicide, jamais mises à exécution, quand elle rencontre un obstacle ou une difficulté.

Intelligence suffisante (certificat d'études).

Hyperthyroïdisme.

Avant de tomber malade, elle se fit remarquer, pendant quelques mois, par une gaîté anormale, qui frappa vivement son entourage.

En juillet 1935, elle entre à la Pitié pour une bronchite traînante.

L'hyperthermie (qui débuta alors et qui n'a jamais cessé depuis) ne s'explique pas par les lésions pulmonaires, à la vérité assez peu importantes, découvertes, après auscultation, à la radiographie ; mais elle souligne le caractère de gravité et de toxicité de l'affection.

L'état anxieux — toujours à type hypochondriaque — s'accroît et se trouble. Des hallucinations auditives vagues se mêlent à une sorte d'état confusionnel avec gémissements et cris. Terreurs nocturnes.

Sentiment d'un aspect terrifiant du monde extérieur.

Le ton des plaintes est celui de craintes affectives, qui n'ont pas la froide assurance des affirmations de vrais délirants ; si elle dit qu'on veut la faire passer pour folle, qu'on veut l'empoisonner en lui donnant des potions, la tuer en l'auscultant, c'est uniquement par crainte anxieuse.

D'ailleurs, en une dizaine de jours, anxiété et allure confusionnelle disparaissent, en faisant place à une sorte de mélancolie gémisseuse et puérile.

Interprétations, comme avant l'accès aigu, plaintes monotones, doléances, fixation exclusivement intestinale des préoccupations (non pas à type de cœnesthésies de délirante).

Ton infantile qui fait porter, sur les certificats, le diagnostic de débilité mentale.

L'hyperthermie se maintient, sans rémission.

Dès septembre (deux mois après le début des troubles

mentaux) se sont constituées de vastes lésions bilatérales, excavées, envahissantes.

Des troubles intestinaux évoluent parallèlement, et prennent une allure grave (ballonnement, météorisme, zones indurées, consistance pâteuse de l'abdomen).

L'état devient cachectique.

La mort survient au milieu d'un syndrome d'intoxication profonde, sans changement appréciable de l'état mental : état en vérité bien peu différent de ce que nous avons vu chez certaines malades graves dans des services hospitaliers.

*
* *

Tâchons maintenant de voir par quels points nous réunirons ces observations.

Hérédité maternelle d'aliénation chez trois de ces malades.

Hérédité maternelle de tuberculose chez la quatrième. N'oublions pas que celle-là, de plus, a perdu trois frères de méningite.

Il s'agit de malades jeunes : 19, 21, 22 ans, 32 ans pour la dernière. La maladie imprimait une ressemblance étrange sur ces quatre visages : quatre pâles visages creusés, vivants par le seul éclat effaré, soupçonneux, des yeux agrandis.

Rien n'était remarquable dans la vie de ces jeunes filles, jusqu'à l'apparition de leur tuberculose. (L'une seulement se signalait par un caractère pathologique : caractère qui donna d'ailleurs une couleur spéciale aux troubles mentaux.)

— Dans ces quatre cas, les formes que prit la tuberculose furent sans doute dissemblables : trois tuberculoses pulmonaires primitives — une tuberculose péritoneale primitive. Cependant, les formes pulmonaires sont comparables entre elles, et avec la forme intestinale, en ce sens que l'importance des lésions destructives nous paraît nettement moindre que celle de l'intoxication :

Les lésions de Mlle H..., restent longtemps localisées à l'hydro-pneumothorax, sans tendance à la bilatéralisation, et quand les lésions essaient à gauche, cela se fait dans un tableau de granulie, rapidement, avec hyperthermie.

Chez Mlle B..., l'hyperthermie, l'amaigrissement cachectique font plus de ravages que les lésions (avancées d'un côté, il est vrai,

mais peu extensives de l'autre) ; la dyspnée qui l'étouffe, est plus d'origine toxique, certainement, que mécanique (car nous avons vu sans dyspnée des malades dont les lésions, mécaniquement, étaient beaucoup plus graves).

Chez Mlle G..., l'aspect d'intoxication profonde est saisissant : c'est un véritable aspect grippé. La cachexie est rapide. Il n'y a ébauche de localisation pulmonaire qu'à la fin de la vie, et cependant, la dyspnée est vive.

La forme hyperthermique d'emblée de Mlle R..., l'atteinte péritonéale rapide, l'aspect de grande infectée de la malade, font foi d'une activité toxique, en même temps, il est vrai que nécro-sante, du processus tuberculeux.

Chez toutes les quatre, il y a eu des troubles gastro-intestinaux graves, quelle qu'ait été la localisation primitive.

On pourra nous reprocher de mettre artificiellement l'accent sur l'élément toxique. Nous avons pourtant nettement l'impression clinique qu'il fût essentiel dans tous ces cas.

Mais une question, à notre sens, importante, demeure sans réponse : s'agit-il d'un élément toxique tuberculeux, ou bien s'agit-il d'une infection associée, et réveillée par la tuberculose ?

Nous reviendrons sur ce point.

— Chez nos quatre malades, le processus évolutif tuberculeux précède et accompagne les troubles mentaux.

Il serait artificiel, pour nous, de chercher à mettre en évidence une alternance ou un parallélisme d'évolution entre les troubles mentaux et les troubles de tuberculose évolutive, dans les cas où il y eût amélioration mentale.

Si l'aspect extérieur de formes de tuberculose peut paraître différent (bien qu'elles soient liées par un élément commun capital : la toxicité) le tableau mental est identique chez toutes les malades.

Il est essentiellement caractérisé par *anxiété* et *confusion*.

A l'anxiété, à la confusion, peuvent être rattachés tous les symptômes observés.

Encore remplacerions-nous volontiers confusion par inhibition.

En fait, ce sont des alternances : tantôt prédominance de l'instabilité, de l'élément moteur de l'anxiété, sur un fonds d'épuisement. Tantôt prédominance de la prostration, où l'anxiété elle-même, perdant toute expression motrice ou délirante, se réduit à un étonnement stuporeux.

De brusques détente anxieuses donnent épisodiquement un caractère d'impulsivité.

L'anxiété se manifeste chez nos malades par :

De l'instabilité psycho-motrice (errance dans les couloirs, gestes de fuite, marche sans but, impossibilité de rester longtemps dans la même attitude) ;

Des gémissements, des pleurs, des craintes, des appels ;

Des idées délirantes pauvres : craintes, impression de surveillance et de poursuite, auto-accusation, indignité.

Le caractère flou, passager, non systématisé, non affirmatif de ces manifestations nous empêche de les séparer absolument du syndrome anxiété dont elles constituent l'expression verbale. Ce n'est pas un délire vrai. C'est l'expression non dépersonnalisée d'un état de déséquilibre psycho-organique.

Plus difficiles à réduire au syndrome anxiété sont les hallucinations auditives très épisodiques, pendant la période aiguë des troubles. Leur contenu, peu net à la mémoire des malades, et à la vérité, assez semblable au délire banal des maladies infectieuses graves, est coloré de la même anxiété que les autres manifestations mentales.

Ce qui nous faisait, tout à l'heure, rejeter le mot de confusion, c'est qu'en fait, il ne saurait être valable : même au plus fort de leurs troubles, les malades, si on les presse de questions, nous jettent par bribes, des noms, des dates, des faits — et non pas au hasard — qui semblent, contractés, être tout ce que peuvent exprimer de leur vie intérieure, passée ou présente, les malades qu'assiège l'innombrable question de l'anxiété. Mais cela suffit à donner des points de repères, à donner une vague orientation, et nous fait rejeter le diagnostic de confusion (du moins après la période aiguë, variable en durée et en intensité).

Le pouvoir de fixation mnésique, se retrouve lui aussi, sinon intact, du moins actif, après la période pendant laquelle c'était

« le vide » ; anxieuse, muette ou gémissante depuis son entrée, Mlle H... avait cependant appris, seulement en entendant vivre le service autour d'elle, (et malgré son apparence absorbée, concentrée) le nom des infirmières, le nôtre, celui des malades..

Dans ces quatre cas, nous n'avons à aucun moment observé de véritable symptôme de la série hébéphrénique. Et surtout — puisqu'il ne pourrait en tous cas s'agir que d'hébéphrénies à leur début — moins définissable qu'un signe précis, mais peut-être plus significative, jamais l'impression (justifiée par des nuances d'attitudes, d'insaisissables bizarreries, des affleurements à la surface mentale de perturbations profondes et capitales de la personnalité) d'une évolution d'ensemble du fond mental.

L'affectivité, les préoccupations sociales et personnelles ne sont modifiées (l'une en excès, les autres en ralentissement) que quantitativement. L'inertie stuporeuse des malades n'a jamais eu figure de repliement sur soi ; aucun symbolisme de geste n'a montré de volontaire séparation du monde extérieur ; au contraire, le comportement des malades montre un effort incessant, mais inefficace, de prise de contact le plus étendu possible avec le réel, un essai d'adaptation sans cesse avorté.

Jamais de syndrome catatonique, qu'il s'agisse de stupeur ou d'agitation.

— Ce tableau diffère bien peu de celui des encéphalites psychosiques aiguës; depuis longtemps connues, sous des noms divers, et mélangées avec d'autres syndromes (isolées par Pierret, Jean Lépine, Toulouse, Regis, Chaslin, Seglas, Charpentier et d'autres) récemment reprises et précisées par Marchand et Courtois.

Les anciens auteurs ne semblent pas avoir même signalé le rôle de la tuberculose, au moins dans un certain nombre de cas.

Marchand et Courtois, dans leur conception de l'étiologie des encéphalites, laissent à n'importe quelle infection la possibilité de jouer un rôle déterminant.

« L'encéphalite psychosique aiguë ou subaiguë,, disent-ils, peut être déclanchée par les maladies infectieuses les plus diverses, un choc opératoire, un accouchement ; elle peut n'apparaître qu'à

la convalescence de la maladie causale ; elle peut survenir d'emblée, sans rapport avec une maladie infectieuse apparente. Le processus anatomo-pathologique est identique, quelque soit la maladie causale. »

Quelle est la part de l'intoxication dans ces troubles ?

S'il est vrai qu'il s'agit d'intoxication, les symptômes doivent, provoqués par des atteintes de même ordre, être sensiblement les mêmes. Pourtant, la nature du toxique, et les conditions de sa production, dont l'évolution même du microbe, si un microbe est en cause, marqueront leur spécificité par une évolution différente.

Et s'il est vrai que nos cas puissent bien légitimement être provoqués, en partie au moins, par la virulence du Bacille de Koch, nous ne nous étonnerons pas, étant connue l'évolution protéiforme du bacille lui-même (et sans doute les variations concomitantes de son pouvoir toxique) et les différences réactionnelles des différents tissus de l'organisme à la présence du microbe, nous ne nous étonnerons pas de la variété de l'évolution des troubles où on peut invoquer son action déterminante : ce que nous verrons avec les cas que nous rapporterons ultérieurement.

— Revenons sur l'observation n° 1.

Différence qui peut paraître capitale, avec les autres cas, et qui paraît atypique dans un cas d'encéphalite psychosique (car dans leur forme pure, elles ne sauraient être de même nature que la méningite), la malade est morte de méningite tuberculeuse typique, vérifiée par le laboratoire. Les autres malades, à aucun moment, n'avaient présenté de syndrome méningé.

(Rappelons, en faveur de cette théorie toxique, qu'on a pu réaliser (Boquet, Broca, Guy Laroche) des paraplégies expérimentales par injection de Bacille de Koch atténué, sans provoquer de lésions histologiques de la moelle, et sans qu'on puisse déceler non plus de Bacille de Koch dans la moelle des animaux en expérience. Un de nos cas sera l'illustration clinique de ces expérimentations.) (Obs. n° 5.)

(On ne connaissait pas alors l'existence des formes granulaires du bacille.

Ainsi, si le bacille peut réaliser par action à distance des lésions aussi graves que des paraplégies, ne peut-il, soit également à distance, soit sous une forme inaccessible à nos moyens d'observation, réaliser un syndrome d'intoxication aiguë encéphalique, non méningée ?)

S'est-il agi, chez notre malade, de méningite tuberculeuse pure et simple « simulant, selon Marchand et Courtois, un délire aigu » ? ou bien la méningite a-t-elle été un accident, une complication ajoutée à l'encéphalite ?

A aucun moment de sa maladie, Mlle H... n'a eu, cliniquement, de symptôme méningé : nous l'avons maintes fois recherché. A notre sens, l'otite signalée en Juin, un mois avant la méningite, a bien pu, non pas créer une porte d'entrée à un bacille déjà disséminé dans l'organisme, mais donner lieu à une évolution morphologique et biologique de ce bacille, peut-être à une pullulation de la forme adulte, et à une fixation méningée secondaire.

Nous savons en effet, d'après les récentes recherches de Boquet et Broca sur la méningite tuberculeuse, que la fixation expérimentale du bacille sur les méninges est impossible par voie sanguine ; mais qu'une infection locale et banale peut favoriser cette fixation ; ou bien que ce n'est que par étapes successives que le bacille remonte jusqu'aux méninges, où il se fixe.

Dans le cas de Mlle H... s'est-il agi d'une infection associée (dont une manifestation fut l'otite) ? ou d'une fixation secondaire, dans sa forme type, du bacille, réalisant les lésions folliculaires typiques ? Nous ne saurions le dire.

La méningite, en tous cas, suivit son cours, sans avoir modifié en rien le tableau mental, sinon, après une crise convulsive, par l'apparition de torpeur.

Nous pensons, en somme, que l'évolution de ce cas particulier représente une possibilité évolutive, et non une règle, possibilité réalisée grâce à l'action d'un facteur infectieux surajouté ; ou bien simplement par la généralisation septicémique d'une forme adulte du bacille : granulie.

En tous cas, les accidents mentaux ne seraient pas d'origine

Les méningites elles-mêmes, ne sont pas, il est vrai, toujours dues à la forme adulte du bacille, mais souvent à sa forme granulaire (Faure, Beaulieu et Brun, 1935) qui produirait seulement des lésions anatomiques inflammatoires, non spécifiques.

C'est pourquoi nous préférons, quant à l'étiologie des formes que nous étudions, nous en tenir à une cause toxique. Il n'y a pas de raison qu'une même forme de microbe, localisée de la même façon, donne deux syndromes évolutifs différents.

méningée, mais proprement encéphalique, et toxique, en ce sens que les lésions « seraient seulement inflammatoires, non spécifiques », et non folliculaires, méningées.

C'est par ce point d'anatomo-pathologie que nous relierons les observations précédentes avec la suivante.

*
**

OBS. n° 5. — Mlle J..., 27 ans.

« Episode infectieux aigu, après poussée évolutive pulmonaire brusquement fixée, chez une malade à antécédents psycho-organiques multiples. Troubles psycho-moteurs. Polynévrite des membres inférieurs. »

Guérison mentale: Restitutio ad integrum à peu près complète du fractionnement des membres inférieurs. Guérison pulmonaire.»

Antécédents héréditaires :

Mère morte de tuberculose pulmonaire ;

Père mort de tuberculose osseuse ;

Pas d'hérédité nerveuse connue.

Antécédents personnels de la malade :

A deux ans, convulsions.

A six ans et demi, adénopathie trachéo-bronchique.

Puis, séjour de deux ans à Hendaye « pour une faiblesse des jambes, sans lésion cliniquement décelable ». (Il n'y a pas de déformation vertébrale actuelle ; peut-être une très légère scoliose ?)

Rougeole, scarlatine, coqueluche se succèdent.

Formation à 14 ans, et, à cette occasion, apparition de « crises nerveuses ».

Elle n'ont jamais été des crises épileptiques franches.

Voici ce qui les caractérisait :

Vociférations initiales ; gesticulations après la chute ; pas de morsure de la langue ; pertes d'urines, écume à la bouche ; conscience toujours conservée, et simulation fréquente, avouée, de torpeur consécutive à la crise. Sensations de

courants électriques, de chocs sur la tête pendant les crises. Etat de surexcitation coléreuse ; tout cela figurant assez bien une « crise de nerfs » banale.

Mais un caractère difficile, violent, irrégulier ; des vertiges fréquents, des absences bien caractérisées, ne permettent pas d'écarter sans appel le diagnostic de mal comitial fruste ; ainsi en avaient jugé depuis longtemps les médecins qui ont eu à soigner notre malade, et qui l'ont traitée avec du gardénal, selon la technique employée pour l'épilepsie franche.

Les crises coïncident ordinairement avec les règles.

A 17 ans, une salpingite droite aggrave les troubles du caractère.

— A 19 ans, accouchement normal d'une fille morte à 1 mois.

— A 20 ans, accouchement d'un fils mort de broncho-pneumonie.

— A 21 ans, un autre garçon, vivant, sujet à des colères violentes.

— A 23 ans, congestion pulmonaire, sans suite immédiate.

Peu après, la malade est soignée à l'hôpital de Versailles pour rhumatisme articulaire aigu, dont les manifestations restent localisées aux articulations des membres inférieurs. Un seul accès, d'une durée de plusieurs mois. Traitement salicylé et soufré.

Il n'y a pas eu de lésion cardiaque après la crise.

La même année, début de la tuberculose pulmonaire : lésions d'emblée bilatérales.

Séjour en sanatorium.

Traitement aurique pendant six mois : épuisement marqué, insomnie et albuminurie.

Puis, séjour de plusieurs mois à la Salpêtrière, où on pratique une *phrénicectomie droite* : l'insomnie reparaît, avec une grande instabilité nerveuse, des tremblements, du bégaiement. Cependant, rien qui attire l'attention vers des accidents mentaux,

La malade sort de l'hôpital prématurément, recommence à travailler, et ne se soigne pas.

Cependant, les lésions semblaient fixées.

— Il y a environ trois ans, pendant un séjour en sanatorium, brève période d'un sommeil profond, dont ni piqûres, ni brûlures, ni choc, ne pouvaient la tirer; période précédée de fatigue extrême, de troubles oculaires (dont il est difficile de savoir si c'était une diplopie vraie). Toujours est-il qu'on parla d'*encéphalite fruste*.

Mais à ce moment encore, il n'y a pas eu de troubles mentaux caractérisés.

Hiver 1935-1936. *Réveil de l'évolution pulmonaire; fléchissement de l'état général; troubles fonctionnels: toux, expectoration, sueurs, perte d'appétit, fatigue intense. En même temps, accentuation du déséquilibre psychique.*

En même temps, salpingite gauche pour laquelle une intervention est proposée, puis différée, à cause de l'état pulmonaire, et surtout de l'état nerveux.

Bourdonnements d'oreilles incessants.

Formation progressive d'un état ainsi caractérisé (certificat du Docteur Robin):

« Confusion dans les idées excitation psychique avec idées délirantes, mal systématisées, absurdes, hypochondriaques; éléments imaginatifs, crises hystériformes. Tentative de fugue..., bouffée délirante polymorphe. »

— Un second certificat, le lendemain, parle seulement d'excitation psychique, et insiste sur l'élément hypochondriaque.

— Quelques jours après, c'est un état confusionnel, avec idées délirantes d'allure onirique.

Cependant apparaissent les premiers symptômes de *polynévrite des membres inférieurs*. Douleurs vives, subjectives spontanées. Impotence fonctionnelle irrégulière mais progressive.

L'état psychique est très variable, tantôt *excitation* ressemblant à de l'excitation maniaque, tantôt, avec un comportement normal, des *troubles profonds et conscients de la mémoire d'évocation et de fixation* (troubles qui vont s'ag-

gravant) avec une fabulation qui n'est pas seulement compensatrice, mais nettement onirique.

Température élevée. Aspect infecté.

Azotémie à 0,45. Hémoculture négative.

Puis, après des alternatives de torpeur et d'excitation violente, de type anxieux, avec confusion fabulante totale pendant des instants de calme, la torpeur s'installe seule, presque comateuse : résolution musculaire à peu près complète ; déshydratation.

Mutisme. Quelques gémissements.

Aucun signe méningé. Ponction lombaire négative.

Température de plus en plus élevée et irrégulière.

Abolition totale des réflexes tendineux aux membres inférieurs.

Eschares sacrées et talonnières étendues et profondes.

Au bout de quinze jours de cet état, l'affaiblissement est extrême, la maigreur cadavérique (l'alimentation étant impossible). Le pouls faiblit. La température fléchit. On s'attend d'heure en heure à une issue fatale.

Les médications données sont purement symptomatiques.

Cependant, l'évolution pulmonaire était à peu près nulle. Les lésions paraissaient de nouveau s'être fixées.

— Un mois après, la malade était revenue à la vie.

La température, peu à peu, était redevenue plus normale. Les eschares avaient bon aspect, la torpeur avait disparu. La malade était calme, lucide.

D'importants troubles mnésiques persistaient, tant d'évocation que de fixation.

La notion du réel n'était pas encore exactement différenciée par la malade créations imaginatives ou oniriques. Mlle J... nous donnait des noms, des adresses qui lui semblaient émerger, en certitude, de l'amnésie des mois précédents, et qui nous paraissent avoir été des éléments dissociés d'un délire onirique mieux systématisé, désagrégé.

L'amélioration, lente, se poursuit également dans tous les systèmes atteints : la lésion pulmonaire (géode sous-claviculaire gauche, tout ce qui reste des lésions primitives

bilatérales) s'efface, ainsi qu'en font foi les radiographies successives.

Une crise de type hystérique (trismus, raideur momentanée, cédant brusquement par manœuvres externes) précède de quelques jours le retour des règles.

L'état général redevient bon.

Les cheveux, presque tous tombés, repoussent.

Les membres inférieurs, malgré une hypersensibilité extrême, et des troubles trophiques importants, prennent un aspect plus normal.

En Mai 1936 (un an après le début de ces troubles) se manifeste un *état nettement hypomaniaque*. D'humeur soudain joyeuse, la malade, qui jusque-là restait confinée au lit, et que des tentatives de marche, pénibles, impossibles même à cause du steppage, avaient découragée (en dépit d'une amélioration sensible après massages et diathermie profonde), la malade, donc, se lève, s'aidant de son lit, des murs, se traîne, assise par terre, et commence à ranger, à nettoyer. Nous nous gardons bien de l'en empêcher, et nous profitons de sa sensibilité douloureuse moins intense pour supprimer tout analgésique (morphine).

Gaie, trop gaie, elle chante toute la journée, se prend de querelle avec ses voisines, se rend insupportable. Des crises de grande agitation motrice rendent nécessaire de la maintenir. Mais jamais elle ne perd complètement le contrôle de son activité.

Cet état dure un mois à peu près.

Actuellement, et depuis de longs mois, la malade est psychiquement normale, sauf une mémoire peu fidèle.

La marche est devenue possible : le membre inférieur gauche fonctionne normalement. A droite, il y a encore un peu de steppage. L'amélioration est régulière, continue.

La radiographie pulmonaire ne montre aucune trace des anciennes lésions.

La malade attend son transfert pour un établissement de convalescence.

Voici notre dessein en commentant cette observation :

Essayer de séparer tout ce qui — hérédité, infections banales, accidents divers — étant séparé, nous laissera en présence d'un syndrome encéphalitique pur — tout ce qui, de nouveau réuni à ce syndrome, lui donne sa couleur et son type particuliers. Ainsi présenté, ce procédé paraît le comble de l'arbitraire et de l'artificiel ; sa généralisation, s'il en était question, serait chose absolument inacceptable.

Or, nous n'avons pas commencé par employer ce procédé ; il représente plutôt le résultat de notre étude. Et nous ne présenterons cette observation de cette façon que pour éclairer mieux la voie où nous nous engageons.

Nous sommes forcés à des redites — et nous nous en excusons.

Pas d'hérédité nerveuse.

Une hérédité tuberculeuse.

— Nous isolerons l'élément épileptique :

On a remarqué l'absence de tout accident comitial indiscutable. Pourtant, l'histoire clinique rappelle bien une histoire comitiale : convulsions de l'enfance ; troubles du caractère, crises nerveuses débutant à la formation.

Hystéro-épilepsie ? Une de ces formes de déséquilibre dont les manifestations oscillent entre l'hystérie pure et l'agitation maniaque ?

Plus que cela : vertiges et absences sont des accidents bien nets chez notre malade. (Nous pensons d'autre part à une autre malade (Mlle K...) dont l'histoire est identique quant aux antécédents, aux équivalents ; malade périodique, dont la première crise épileptique vraie se produisit à 37 ans.)

Peut-être notre malade ne manifestera-t-elle jamais son épilepsie, puisque depuis longtemps, et régulièrement, elle absorbe du gardénal.

Isolons ensuite un symptôme que nous relevons depuis l'enfance de la malade, sous des formes diverses : les localisations infectieuses aux membres inférieurs :

D'abord simple faiblesse des jambes (rhumatisme larvé ?) sans lésion organique nette, qui nécessite un long séjour de cure.

Faiblesse qui se retrouve au moment d'une crise avérée de rhumatisme articulaire aigu, diagnostiquée et soignée à l'hôpital de Versailles : rappelons que les localisations articulaires se localisèrent uniquement aux membres inférieurs.

Nous parlerons plus loin de la polynévrite.

— En troisième lieu, il n'est pas inutile de faire un ensemble des accidents génitaux : crises à la puberté, trois accouchements (normaux il est vrai), salpingite bilatérale dont la localisation gauche coïncide tant avec une évolution pulmonaire qu'avec le début des troubles mentaux graves.

— Insistons enfin sur certaines particularités de l'histoire tuberculeuse :

L'excitation, l'insomnie, l'albuminurie qui accompagnent le traitement aurique.

Les troubles, plus graves, qui suivent la phrénicectomie : tremblement, bégaiement, nervosité, insomnie.

La coïncidence d'un état pulmonaire rapidement déficient, avec l'apparition des troubles mentaux, mais le caractère plus fonctionnel qu'organique de la symptomatologie pulmonaire, dès que les troubles mentaux se sont installés ; le paradoxe, en même temps que le fléchissement cachectique de l'état physique (succédant, nous le disons, à une reprise de l'activité des lésions pulmonaire) de la soudaine fixité des lésions, cliniquement, radiologiquement, bactériologiquement ;

L'apparition, à ce moment, de la polynévrite.

Mettons enfin à part la question de l'encéphalite fruste, et surtout de la nature de cette encéphalite. L'épisode fut trop bref et trop mal déterminé pour que nous ayons le droit de former une hypothèse. Nous ne retiendrons que la notion de possibilité d'atteinte infectieuse fruste de l'encéphale.

Reportons-nous, maintenant, au tableau clinique, à l'entrée de la malade dans le service :

C'est une confusion avec anxiété et excitation.

Ce qui la rend atypique : les crises hystériformes, les tentatives de fugue amnésique (différentes de raptus de fuite d'une anxiété), l'onirisme fabulatoire, les troubles mnésiques, la polynévrite.

Si nous supposons que nous ne possédons que l'instantané de ce tableau clinique, comment établir des relations de cause à effet entre des symptômes aussi divers ?

Acceptons-nous l'existence de formes de tuberculose toxique à manifestations encéphalitiques ?

Nos arguments : fragilité et sensibilité nerveuse à des chocs agissant sur l'évolution du bacille (phrénicectomie, sels d'or) — Evolution paradoxale de la lésion pulmonaire lors de l'apparition des troubles mentaux (et l'on pourrait ici parler de balancement entre troubles organiques et troubles mentaux). — L'évolution de caractère plus toxique que microbien, et signature de cette toxicité par la production de la polynévrite, la stabilité de la lésion pulmonaire en même temps que l'état de toxémie s'accroissait.

Les autres symptômes ne nous paraissent dès lors plus liés à l'infection proprement dite qu'épisodiquement, et par une sorte de réactivation occasionnelle (que ce soient les troubles mnésiques, les accidents à type d'équivalence, les accidents hystéro-épileptiques).

Qu'eux-même n'aient pas vu leur intensité augmentée par le même processus infectieux qui provoquait la confusion et l'excitation, cela ne fait pas de doute ; mais il ne s'agissait que de réactivation — comme la douleur d'une ancienne cicatrice est réveillée par une application générale de rayons infra-rouges.

Ainsi assimilons-nous aux cas précédents, purs, d'encéphalites psychosiques d'origine tuberculeuse, ce cas cliniquement très dissemblable par la symptomatologie, si l'on se contente de la description instantanée de l'accès aigu, sans en séparer tout ce qui n'est pas propre à cet accès, et qui n'est que réveillé par lui.

Le cas suivant est bien différent, lui aussi, des premiers cas signalés, et du précédent.

*
* *

OBS. n° 6. — Mme D..., 32 ans.

« Troubles mentaux à manifestations polymorphes, réalisant successivement des syndromes confusionnel, anxieux,

hallucinatoire, paranoïde, catatonique, mélancolique ; allure toxique des troubles organiques. Tuberculose pulmonaire, dont l'évolution se fixe pendant les troubles mentaux. Extension granulique terminale. Pas de syndrome méningé. Mort.»

Aucun antécédent héréditaire ou collatéral connu.

Rien à signaler dans les antécédents personnels. Enfance normale. Pas de maladies graves.

Règles à 15 ans, précédées d'une légère poussée fébrile.

Mariage à 20 ans ; pas d'enfants.

A 25 ans, la malade contracte une tuberculose pulmonaire, longtemps soignée en sanatorium (traitement aurique mal supporté : accidents intestinaux graves).

En 1933, les lésions, unilatérales, à droite, évoluant, un pneumothorax artificiel est commencé. Sa marche est normale ; on doit pourtant faire une section de bride, qui réussit. En 1934, la bilatérisation des lésions fait qu'on entreprend un second pneumothorax à gauche.

Dès lors s'est manifesté un état anxieux de plus en plus accentué, jusqu'à rendre nécessaire un séjour en maison de santé, de Janvier à Juillet 1935.

Le pneumothorax droit est abandonné en raison de la difficulté des insufflations. Le gauche, qu'on entretient toujours, est rendu matériellement très difficile, en raison de l'excitation physique de la malade.

Nous avons peu de précisions sur la nature exacte des troubles mentaux pendant cette période. Nous savons qu'il y a eu de l'insomnie, de l'anxiété, avec idées de suicide ; isolement farouche, refuge auprès de la seule famille.

Une sortie d'essai est tentée en Juillet 1935, sans guérison même apparente.

Mais les troubles s'aggravent brusquement ; on doit conduire la malade à Sainte-Anne.

Voici les certificats d'entrée :

« Est atteinte de psychose paranoïde en évolution. Désaffection familiale. Idées confuses de persécution avec hallucinations de l'ouïe. Réponses à côté. Entend des voix de

tous les côtés. Sentiment d'automatisme, d'influence et d'inhibition. Illusions de reconnaissance. Odeurs. Idées d'empoisonnement. Se sent électrisée. Excitation sexuelle. Déclamations. Grossièretés et insultes au personnel. Cherche à frapper. Crises névropathiques. Contorsions. Se roule à terre. Crache. Imité des cris d'animaux. Thèmes anxieux exprimés de façon incohérente. »

Deux jours après :

« Dépression mélancolique atypique. Excitation par intervalles. Maniérisme. Idées confuses de persécution et de culpabilité. Sur la suggestion d'un médecin, « elle fait la vache », essaye de manger une couverture verte. On la trouble par les yeux. Sentiment de transformation et de désaffection. »

Juillet 1935 : Léger état confusionnel. Inhibition ou bien mêmes thèmes anxieux inlassablement répétés, avec une élocution rapide et aisée. Amnésie scotomique. Conscience partielle de l'état mental.

Fausse reconnaissance. Influence. Pensée devinée.

Peurs : de sa mère, du regard des gens, de son chien.

Sorte de suggestibilité à distance ; étrangeté du monde.

Bizarries d'attitude.

Fatigue intense ; aspect infecté.

Éléments basedowiens ; éclat du regard ; tremblement ; tachycardie.

Le lendemain : Malveillance, opposition, résistance, menace. Hallucinations auditives très actives. Voix insultantes pendant l'interrogatoire, contre lesquelles elle réagit avec violence.

Hostilité du monde.

Essai d'hypnotisation subi.

Confusion rétrospective sur toute période passée depuis l'internement.

Excitation coléreuse.

Anxiété vive.

Exagération du « visage de Basedowienne ».

Soupçons ; méfiance ; refus catégorique de tout examen.

Sentiment d'irréalité du monde extérieur. « Est-ce que

tout cela n'est que vision ? dit-elle. » Elle touche pour s'assurer.

Crispations et tics du visage. Mouvements latéraux spasmodiques du cou. Haussements d'épaules.

Mussitations.

Larmes.

Barrages psychiques soudain irréductibles.

Maniérisme. Théâtralisme. Attitudes hallucinatoires.

En Octobre : Les idées délirantes exprimées depuis un mois sont stéréotypées, empreintes de violente anxiété. Auto-accusation. Auto-dépréciation. Indignité. Excitation motrice intense. Attention volontaire, conservée. Contact social intact.

En Novembre : Période de mutisme maniéré.

En Décembre : L'anxiété reprend, à manifestations polymorphes. Agitation. Panophobie. Fuite. Tentatives de suicide. Gestes érotiques cyniques.

Puis, pendant deux mois, reploiement obstiné sur soi-même.

Discordances. Anxiété violente.

En Mars : Mutisme. Stéréotypies. Tendance inconstante à la conservation des attitudes. Parfois, ton de jeu.

Fibrillations palpébrales incessantes.

En Avril : Alternatives de stupeur et d'immobilité, de type catatonique, et d'excitation violente, pendant quoi s'expriment des idées érotiques, et d'auto-accusation. Persistance d'une adaptation sociale assez remarquable. Affectivité familiale conservée.

En dépit de l'insomnie, des mauvaises conditions d'alimentation, de l'agitation, de l'impossibilité de tout traitement (diarrhée grave et fétide à la première injection de sels d'or), l'apparition d'eschares, l'état pulmonaire n'avait subi aucun changement depuis l'entrée.

A droite, la radiographie montrait une image complexe, où des ombres paramédiastinales, vraisemblablement pleu-

rales, dessinaient une grande travée ogivale du hile à l'apex, assombrissant le sommet, et s'étendant jusqu'à la base, obscurcissant le sinus cardio-diaphragmatique ; ces ombres, homogènes, nettement limitées à leur partie externe, dessinaient une plage centrale, où sur un fond de bonne clarté se détachait une trame chargée de nodules grisâtres.

A gauche — image constante depuis l'entrée — on ne notait que la présence, dans la région parahilaire supérieure, d'un ensemble de tractus dessinant deux images aréolaires.

Bacilloscopie positive.

Cependant, l'état général dénotait une profonde infection : Peau sèche, grisâtre, cerne violet des yeux. Deshydratation...

Or, le 27 Avril, une élévation brutale de la température se produit, à 40-3, et marque le début d'une évolution très rapide, de type granulique.

L'hyperthermie, oscillante, persiste. L'état général s'affaisse. Le radio montre une infiltration fine, généralisée au poumon gauche.

L'asphyxie augmente chaque jour.

Au début, l'état mental reste le même. Ni torpeur, ni prostration.

Au bout d'une quinzaine de jours, cet état fait place à une agitation muette, avec faciès anxieux ; puis à une torpeur au sein de laquelle une certaine lucidité se manifeste dans les derniers jours.

Mort en hyperthermie, sans aucun signe méningé.

*
* *

Le diagnostic, pour nous, est peu douteux. Parmi les encéphalites psychosiques, Marchand et Courtois signalent de ces cas protéiformes, une évolution en deux temps séparés par une rémission légère, l'absence de syndromes neurologiques, la prédominance des signes d'intoxication, la mort en hyperthermie.

Notre observation est de longue durée, et les troubles mentaux n'ont jamais cessé d'avoir un caractère paroxystique.

Rien ne permet de penser à une encéphalite épidémique vraie, mais tout fait penser à une localisation encéphalique infectieuse.

Et voici ce qui nous fait penser au rôle de la tuberculose dans ce cas :

La coïncidence clinique, non pas d'apparition, mais de réveil évolutif, aggravé peut-être dans un certain sens par la thérapeutique (voir plus loin les observations de troubles mentaux par réactivation, après phrénicectomies, pneumothorax artificiels, chrysothérapie) — le caractère fixé des lésions, après une activité brève, malgré les mauvaises conditions de traitement — la coïncidence évolutive finale de l'hyperintoxication et de la poussée granulique, faisant penser à une identité de nature des processus toxiques antérieurs — la particulière sensibilité aux agents spécifiques antituberculeux, sels d'or provoquant, à dose minime, des accidents particulièrement graves.

Si on accepte le diagnostic d'encéphalite tuberculeuse, on peut remarquer qu'il est capable de réaliser un tableau de démence précoce.

Mais c'est une symptomatologie catatonique qui est ainsi déclanchée, d'ailleurs variable, atypique, inconstante, et sans cesse dominée par un état organique d'infection et d'intoxication ; ce n'est pas une maladie autonome, bien limitée, bien définie. Les troubles psychiques déclanchés par l'intoxication empruntent leur aspect à ce qu'on observe dans la démence précoce, aspect d'ailleurs bien plus riche, plus changeant.

On peut sans doute penser à une similitude de lésions, ou de localisations fonctionnelles pathologiques ; et essayer de rapprocher ce tableau aigu d'un tableau clinique dû à la même infection latente et torpide ; mais n'oublions pas que des cas semblables, d'encéphalite psychosique, ont été publiés à la suite de toutes sortes d'infections autres que la tuberculose. Il y a sans doute ici quelque chose de spécifique à l'infection tuberculeuse, mais aussi quelque chose de général au mode d'atteinte encéphalique, par l'infection.

Et sans doute l'élément spécifiquement tuberculeux est-il représenté par le mode évolutif, les conditions d'alternance et de formes toxiques du bacille, avec des formes à évolution plus nécosante que toxique.

Remarquons aussi la prédominance d'un élément *moteur*. La persistance, même pendant des périodes catatoniques, d'une

remarquable attention à l'entourage, l'absence constante d'indifférence affective, l'existence d'une espèce de logique de délirant, le contact jamais totalement coupé avec l'extérieur, nuances qui nous ont toujours paru avoir une signification particulièrement importante, et séparer de façon bien nette — encore que nous sachions mal légitimer cette séparation — ce cas clinique des syndromes hétérophréniques.

L'observation suivante est d'une grande complexité qui rend plus ou moins arbitraire toute interprétation étiologique.

Infections multiples, chocs obstétricaux, tuberculose diversement localisée se mêlent, avant qu'apparaisse un état d'inertie stuporeuse pendant deux ans, dont une rémission complète persiste pendant un an, après quoi une rechute psychique et organique se termine par la mort, non sans qu'une amélioration mentale, in extremis, ne se soit produite.

*
**

Obs. n° 7. — Mme Qu..., 36 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou familial, mental ni tuberculeux.

Pas de maladie notable dans les antécédents personnels.

Psychiquement, la malade ne s'est jamais fait remarquer ni par une lenteur de développement, ni par une nervosité excessive, ni par une irrégularité d'humeur ou de caractère ; jeune fille de nature plutôt réservée.

Toujours sobre.

Instruction primaire, de niveau normal.

Premier accident en 1926 : fausse couche, due, d'après les renseignements, à une rétroversion utérine.

Peu après, la malade subit une appendicectomie.

Elle était alors en observation à cause de son état général précaire ; on différait une intervention pour pallier à cette rétroversion, quand une crise aiguë, d'allure appendiculaire, venant après de nombreuses autres crises, décida à opérer d'urgence,

En plus de l'appendicite, on trouve des *lésions intestinales*, d'apparence tuberculeuse, et des *lésions ovariennes*, de même nature, semble-t-il.

L'ovariotomie proposée, n'est pas pratiquée, sur le désir de la malade, qui tient à garder quelque chance d'avoir un enfant.

Après un an de régime sévère, la malade se trouve enceinte, et accouche normalement (après une sédation notable des troubles intestinaux).

L'enfant meurt, âgé de quelques mois.

La malade en ressent un violent ébranlement nerveux ; tel était son désir d'avoir un enfant, désir dont l'accomplissement se trouvait bien menacé à cause des lésions ovariennes ; la peine légitime qu'elle ressent se colore d'inquiétude, d'un état mélancolique assez grave pour donner lieu à une tentative de suicide, sans éclat, dont la malade ne reparla jamais.

(Notons qu'il n'y avait alors jamais eu d'autre infection que la tuberculose viscérale.)

Trois mois plus tard, la malade est de nouveau enceinte.

Elle souffre violemment de la tête.

Une grippe violente se déclare, grippe qui fut plus tard appelée *encéphalite* (Azotémie 0,85).

Cette grippe précède de peu un *érysipèle*. Les certificats semblent cependant rattacher l'encéphalite à l'érysipèle ?

Le tout fut accompagné d'un *ictère* de peu de durée.

Là s'arrêtaient les souvenirs de la malade, quand, pendant la rémission de ses troubles mentaux, elle nous raconta son histoire.

Selon les renseignements donnés par sa famille, elle tomba dans un état confusionnel, à teinte anxieuse et dépressive.

L'accouchement se produit avant terme ; l'enfant est vivant.

Pendant un moment de lucidité, la malade réclame son enfant, qu'on ne peut lui montrer, parce qu'il est en couveuse. Convaincue que celui-là est mort, comme le premier, elle retombe en confusion,

Mutisme complet, avec immobilité totale (gâtisme). Alimentation artificielle ;

Ou bien turbulence anxieuse, avec opposition et résistance.

En 1932, un certificat de transfert à Maison-Blanche note :

« Syndrome de négativisme total avec immobilité forcée. Occlusion grimaçante des paupières. Mutisme total. »

En Mars 1934, il n'y a qu'une modification dans l'état de la malade : elle s'alimente seule, a engraisé, mais elle reste habituellement inerte, opposante, gâteuse.

En Mai 1934, une *pleurésie* se déclare à droite, d'évolution prolongée.

Puis un *abcès froid* costal se développe, rapidement volumineux, malgré des ponctions répétées.

Cependant, on affirme le diagnostic de démence précoce. L'état général faiblit à nouveau (amaigrissement de 10 kg.).

De 1934 à 1935, température oscillante 38-39. Allure torpide de l'épanchement pleural.

Grattage costal au début de 1935.

Mars 1935 : *amélioration brusque de l'état mental*. En quelques jours, la malade sort de sa confusion, devient aimable, polie.

En même temps que se produit un *second épanchement pleural*, à gauche, dont la ponction confirme l'existence.

L'examen clinique donne l'impression d'une évolution de tuberculose pulmonaire de ce côté. A noter que les signes d'auscultation ne sont pas en rapport avec les signes fonctionnels :

Dyspnée vive. Pas de toux.

Expectoration presque inexistante, non bacillifère.

Radiologiquement, image d'un épanchement pleural bilatéral peu abondant (résorbé à droite, en voie de résorption à gauche). Sommets voilés. Images diffuses de taches mal définies, disséminées.

La courbe de température dessine de grandes oscillations.

Nombreuses fistules dorsales d'abcès froids costaux.

Etat général précaire.

Troubles digestifs.

Pronostic réservé.

Cependant, de Mars à Octobre 1935, nous assistons à une véritable résurrection :

La courbe de température, très progressivement, mais très régulièrement, s'affaisse jusqu'à la normale (en Octobre 1935).

L'état général permet à la malade de se lever, de travailler.

Les signes cliniques et radiologiques qui faisaient plus que soupçonner — en l'absence de confirmation bactériologique — la tuberculose pulmonaire, disparaissent.

Les suppurations se tarissent. Les fistules se ferment.

Voici deux examens comparatifs de la formule sanguine :

Mai 1935 :

Hémoglobine	80 %
Hématies	3.524.000
Leucocytes	16.000

Octobre 1935 :

Hémoglobine	80 %
Hématies	5.132.000
Leucocytes	13.400

Le poids est redevenu ce qu'il était avant les épanchements pleuraux.

Mentalement, on peut peut-être, sur un fonds normal, noter une tendance à l'inquiétude, quelques irrégularités d'humeur dans un sens dépressif ?

Mais la malade envisage l'avenir avec confiance.

On ne peut noter chez elle aucune nuance de syndrome hébéphrénique ou schizophrénique. Elle se confie volontiers, est franche, ouverte. Elle aime profondément les siens, ses parents qu'elle reçoit avec affection, son mari pour qui elle a la plus grande tendresse, et sa fille, qu'on lui permet de voir de temps à autres.

Nous notons à dessein en cette place qu'il n'y a pas eu de retour de couches après le dernier accouchement ; jamais

la malade n'a été réglée depuis.

Or :

Le 2 Novembre 1935, nous sommes appelés à six heures du matin à voir Mme Q...

En proie à une dyspnée violente, d'une pâleur syncopale, elle se plaint de violentes douleurs, abdominales, thoraciques, sans localisation subjective ou objective exacte.

L'examen somatique complet reste négatif.

Pas de fièvre. Accélération du pouls à peine sensible.

Nous mettons sur le compte d'une anxiété légitime l'expression absente, renfermée — inhabituelle — du regard de la malade, qui nous frappe.

Le lendemain, tous ces troubles avaient complètement disparu ; la médication fut banalement symptomatique.

Les règles sont apparues.

Mais la malade est dans un état de violente exaltation, avec impulsivité. Avec un reste de la confiance qu'elle nous avait toujours accordée, elle nous raconte le bouleversement qui s'est opéré en elle depuis la veille, sans se rendre compte du caractère pathologique de cette transformation.

Il s'agit d'une crise aiguë d'anxiété avec hallucinations auditives : idées délirantes manifestées par le contenu hallucinatoire : son mari l'accuse de la tromper, les infirmières lisent à haute voix la nuit son dossier à son mari...

Refus de soins, d'aliments. Essais de suicide.

Le 4 Novembre 1935, hallucinations actives. Systématisation ébauchée : poursuite, espionnage, bande armée en auto, approches dans les couloirs. Debout près de la fenêtre, l'œil fixe, le visage tendu, muette, rigide, la malade guette.

Cependant, le comportement n'est qu'irrégulièrement bouleversé. Pendant de brefs instants, le système hallucinatoire disparaît ; l'anxiété reste seule.

— La diminution du flux menstruel amène quelque apaisement de l'anxiété. Mais à sa place s'installe une espèce de rigidité psycho-motrice.

Pendant un mois, alternatives d'excitation anxieuse, d'état hallucinatoire, de rétraction réticente, de tristesse.

Mme Q... refuse de voir son mari ; mais voit avec plaisir ses parents. Réclame sa fille.

Le tout aboutit à un état d'inertie stuporeuse, semblable à ce qu'on avait noté en 1932.

Cependant, la docilité est absolue. Une ébauche d'activité persiste (elle s'alimente seule, et fait son lit).

Pas de conservation d'attitudes ni de stéréotypies.

Mutisme absolu.

Expression hallucinatoire parfois.

Cet état mental reste le même jusqu'en Août 1936.

Mais l'état physique s'est aggravé.

Reprise des suppurations. Formation de nouveaux abcès.

Tumeur blanche du genou droit.

Amaigrissement cachectique.

Puis atteinte rénale.

Troubles digestifs graves.

Ascite volumineuse.

OEdème énorme des membres inférieurs.

Reprise d'une température oscillante :

Anémie progressive.

Avril 1936 :

Globules rouges....	3.080.000
Leucocytes	10.400
Hémoglobine	60 %

Pas de modifications de l'état pulmonaire.

Cette fois, nous ne gardons pas d'espoir.

La malade meurt en effet le 11 Août 1936, mais non sans être sortie de sa stupeur :

Dans une sorte d'état crépusculaire, elle reconnaît l'environnement, se souvient de ses anciennes compagnes, demande des soins, reprend contact avec la vie, revoit sa famille avec émotion, mais la mort survient.

*
* *

Bien des choses sont à souligner dans cette observation :

1°) L'importance des accidents graves et répétés dans la sphère génitale ;

2°) Le caractère toxique de l'imprégnation tuberculeuse (accidents gastro-intestinaux et péritonéaux).

Et non seulement l'intestin, mais les ovaires aussi sont atteints.

C'est sur ce terrain organique que se développe une grossesse. (Pour mémoire, notons l'amélioration des troubles intestinaux pendant cette grossesse. Il peut s'agir d'un simple déplacement de la virulence du bacille, ou d'une cessation effective de son activité.)

Nous sommes bien loin de négliger le choc affectif causé par la mort de l'enfant, chez cette femme dont la préoccupation dominante, au cours des interventions chirurgicales qu'elle a subies, a été de demander qu'on lui laisse la possibilité d'avoir un enfant.

Et nous pensons que dès la première crise d'anxiété mélancolique, avec suicide manqué, on pouvait parler d'encéphalite psychosique — préparée par une longue imprégnation tuberculeuse, fixée sur un système nerveux soudain en état de moindre résistance par choc affectif.

Le second choc génital date de trois mois seulement après ces événements.

— On a parlé, dans les certificats, d'encéphalite érysipélateuse au cours de la grossesse.

Souvenons-nous que l'épisode grippal et les céphalées ont précédé l'érysipèle. Il faudrait savoir si les manifestations encéphaliques d'une maladie infectieuse telle que l'érysipèle peuvent précéder l'apparition clinique de la maladie ?

Mais on ne peut pas ici ne pas faire une part aux accidents infectieux récents, tuberculeux, précédant la maladie infectieuse. Pensons à la précédente atteinte mentale, dans les mêmes conditions, qui aboutit à la tentative de suicide.

Qu'il y ait eu association ? En un sens, ce n'est pas impossible ; plutôt renforcement d'action : deux causes différentes (quant à leur nature spécifique) se conjuguant pour provoquer des lésions identiques, les mêmes que pourrait provoquer n'importe quelle infection.

En tous cas, l'association de mécanismes toxiques avec un mécanisme psychologique (mort de l'enfant) réalisèrent des conditions similaires pour provoquer les deux premiers accès de troubles mentaux.

L'état anxieux, puis stuporeux qui existe dans ce cas, diffère de ce que nous avons signalé jusqu'ici.

Cet état est-il suffisant pour parler de démence précoce ? Le diagnostic, nous l'avons dit, fut fait. L'évolution, à notre avis, ne le justifia pas.

Il y a eu stupeur, confusion probablement ; pas de négativisme complet — ou du moins on ne peut le différencier de la stupeur simple. Et pas de syndrome catatonique.

— Il se peut que l'amélioration mentale brusque coïncide avec une fixation du bacille de Koch aux poumons. Nous sommes loin d'être affirmatifs. Une pleurésie évoluait depuis longtemps ; les abcès froids également ; l'amélioration coïncide seulement avec la bilatérisation de l'épanchement. Les lésions pulmonaires n'ont jamais été cliniquement ouvertes : les examens de crachats sont toujours restés négatifs. L'aspect radiologique des lésions était incertain.

En tous cas, les signes fonctionnels pulmonaires avaient une intensité dramatique qui dépassait de beaucoup l'importance apparente des lésions.

En réalité, nous ne savons pas proposer d'explication à cette amélioration — qui en fait était une guérison complète.

Le mécanisme du réveil des accidents mentaux (second accès) nous semble du plus haut intérêt.

Réveil paradoxal, en apparence : tout, dans l'état organique, évoluait vers la guérison. Seul, le système qui avait été le plus atteint restait troublé, il n'y avait pas eu de retour de couches, jamais de règles.

Et c'est au moment où cette fonction même réapparaît, où tout semble ainsi redevenir normal, que les accidents mentaux reprennent de façon aiguë.

Le rappel des accidents génitaux, déterminants pour une part, dans la genèse de la psychose, s'impose : mais il s'agissait de phénomènes pathologiques ; en quoi les comparer avec ce retour au bon fonctionnement de l'organisme, avec un état physiologique normal ?

Normal plus d'apparence que de fait, pensons-nous. N'ou-

blions pas qu'il s'agit d'un organisme imprégné profondément par le virus tuberculeux : les ovaires, surtout, ont été atteints.

Or, cette activité nouvelle d'une partie saine des ovaires n'a-t-elle pas aussi entraîné une activation de l'infection latente qui dormait là ? N'y a-t-il pas eu, sinon dispersion du bacille, du moins toxhémie brutale ?

Ou bien les sécrétions de la glande se sont-elles trouvées modifiées profondément, se trouvant ainsi elles-mêmes toxiques ?

A moins qu'on ne veuille faire intervenir le schok, comme on l'a expliqué, dû à l'irruption intrapéritonéale de sang destiné à l'excrétion, déviation rendue plus facile par les lésions mécaniques existant à ce niveau ? *Rappellerons-nous aussi la diminution de la résistance de la barrière choroidienne pendant les périodes menstruelles ?*

Férons-nous remarquer la couleur du nouveau délire ? C'est une anxiété, si nous pouvons dire, génitale : maternelle (peur d'un rapt de l'enfant), amoureuse : jalousie morbide, trahison, poursuite, tout un délire où le mari seul est en cause ; autour de lui s'organise toute la systématisation.

(Nous rapprochons cette observation, quant au fait de cette coloration de l'anxiété par une influence glandulaire précise, donnant un type particulier au délire, de celle, rapportée plus loin, de Mlle P..., où l'hyperthyroïdie très marquée détermine un syndrome homosexuel passager.)

Notons enfin la fixité prolongée des lésions bacillaires : ce n'est qu'un an après la reprise des troubles mentaux que la toxhémie se dissémine en des localisations multiples.

Une amélioration mentale terminale sembla nous montrer que même dans un état d'imprégnation poussé au plus haut point, les lésions cérébrales n'étaient pas des lésions organiques, spécifiques, mais fonctionnelles.

Ainsi observe-t-on des retours à la lucidité chez de vieilles démentes, peu avant la mort.

Nous voulons rapprocher ces observations des anciens cas publiés par Pierret, Jean Lépine (cas auxquels ils donnaient déjà le nom de méningo-encéphalites) et des cas rapportés par Marchand

et Courtois, qu'ils baptisent d'encéphalites psychosiques (bien que l'origine tuberculeuse de certains cas n'y soit pas mentionnée).

Il est difficile de donner un type clinique général de ces affections : leur caractère propre, quand il n'y a pas prédominance d'inhibition anxieuse, comme dans les cas suraigus, est le polymorphisme symptomatique ; et il ne saurait guère en être autrement, étant donné la diffusion, le manque de spécificité des lésions : modifications fonctionnelles, chimiques aussi probablement.

Pour nous, dans l'état actuel de nos connaissances, qu'elles soient provoquées par n'importe quelle affection, cela revient au même : notre influence thérapeutique n'est que symptomatique. (Jean Lépine conseillait bien le nucléinate de soude dans les confusions encéphalitiques tuberculeuses ; le procédé ne paraît pas sans danger, et nous hésiterions à l'employer. Nous reviendrons sur ce sujet.)

Une description générale de ces encéphalites tuberculeuses ne saurait être valable qu'en possession du plus grand nombre possible de cas. Aussi bien donnons-nous ceux que nous avons décrits, d'une façon assez individuelle, en ébauchant seulement la manière de les réunir dans un ensemble clinique.

Nous donnons, en marge de ce chapitre, une dernière observation, que nous ne pouvons trouver probante, faute de renseignements précis sur les circonstances d'apparition des troubles.

*
* *

OBS. n° 7^{bis}. — Mme L..., 45 ans.

Aucun antécédent familial ni personnel.

Date de début de la tuberculose ?

Date de début du pneumothorax ?

Un enfant de dix ans.

N'aurait jamais eu le moindre trouble mental : caractère égal. Intelligence moyenne, affectivité normale. Céphalées fréquentes.

Un peu morose depuis sa tuberculose pulmonaire.

Une seconde grossesse, interrompue avant terme, pour

tuberculose pulmonaire, à Baudelocque en 1929. Pas d'accident mental à cette époque.

Les troubles mentaux débutent très brusquement en Mars 1931, alors qu'elle était en traitement à Cochin pour des lésions pulmonaires. Elle présente des signes de « délire aigu » et, dans le service, on soulève l'hypothèse d'une méningite tuberculeuse. L'agitation de la malade empêche de vérifier par la P.L. et empêche aussi de la garder à l'hôpital.

Conduite à Sainte-Anne dès le lendemain des troubles, elles y est en proie à une agitation incoordonnée ; confusion complète (24 Mars 1931).

Quelques jours après on note : mutisme complet, affaissement, gémissements, amaigrissement, anxiété.

Une otite quelques jours plus tard.

La confusion cède pendant quelque temps.

Puis, à cette phase de confusion (1 mois) succède une phase d'agitation très bruyante, avec chants rythmés, improvisés, excitation motrice vive.

Puis, de nouveau opposition.

Vers Novembre 1931, s'est constitué un état, dont le tableau ne varie plus jusqu'à maintenant :

Le plus souvent revêche, malveillante, calme, ou au contraire violente, mais d'une violence nouvelle, de type impulsif, incohérente parfois, discordante, indifférente. Elle est totalement inactive, reste au lit (dans une attitude qui n'est pas celle des catatoniques), se lève pour errer dans les couloirs, ramasse et mange, comme poussée par une force, ce qu'elle trouve à terre, vole, se montre, par intervalles, d'un érotisme impulsif, indifférencié.

Hallucinations...

En somme, une turbulence muette, une agitation silencieuse ;

Une désinsertion totale, sans confusion ;

Un désintérêt complet du monde extérieur (pourtant, demande de sortie, de façon stéréotypée).

La tuberculose pulmonaire évolue lentement.

Une hémoptysie en Juillet 1934 amène un abaissement de l'état général, qui s'était jusque-là maintenu satisfaisant.

Actuellement, la malade maigrit et s'affaiblit très lentement, sans manifestations fonctionnelles de l'affection pulmonaire.

La radio montre les lésions excavées du côté gauche, surtout à la région moyenne ; le côté droit paraît relativement indemne.

CHAPITRE V

Bouffées délirantes polymorphes, coïncidant avec une évolution ou une réactivation de la tuberculose

Nous préférons, plutôt que d'étudier une par une les sept observations suivantes, les exposer, avec quelques brefs commentaires qui ne feront qu'insister sur les points par quoi se relie, à notre sens, ces cas cliniques, puis les étudier dans l'ensemble ensuite.

Nous ne rangerons ces épisodes pathologiques dans aucun cadre de la nosologie actuelle ; il n'y a pas lieu, d'ailleurs, d'en créer un pour eux. Les formes nosologiques décrites sont bien assez souples pour contenir, si l'on veut se contenter d'« instantanés » des malades, les cas à étudier.

Ce qui nous importe n'est pas une définition rigide, mais un aspect évolutif.

Pour presque toutes ces malades, les certificats qui ont été établis se suivent, et ne se ressemblent pas. Nous ne saurions en choisir un plutôt que l'autre.

Nous nous en tiendrons, pour une élémentaire précision, à l'appellation la plus vague, la plus extensible, celle qui peut contenir, **en somme**, dans le plus grand désordre, tous les symptômes possibles : *bouffées délirantes*.

Encore sommes-nous peu satisfaits de ce qu'implique le mot délirantes : si différents sont ces délires, conditionnés immédiatement par un état organique pathologique, évoluant parallèlement à lui, intriqués à lui, plutôt, et inséparables de lui, si différents des délires qui, étant donné nos connaissances actuelles, paraissent évoluer pour leur propre compte, accident surprenant dans un ensemble organique d'apparence quasi normal.

Obs. n° 8. — Mme D..., 37 ans.

Antécédents familiaux :

Père mort à 55 ans de tuberculose pulmonaire, après avoir été sujet, pendant longtemps, à des accès de neurasthénie ;

Mère « malade du foie » ;

Une sœur atteinte de pleurésie.

Dans l'enfance de la malade, rien à signaler.

Une rougeole, sans suites, à 18 ans.

La malade a toujours eu mauvais caractère : ainsi en jugeait sa famille. Emportée, coléreuse, impressionnable, boudeuse, soupçonneuse, jalouse ; timide avec les étrangers ; autoritaire avec ses proches.

La formation, à 11 ans, ne fait qu'accentuer ces dispositions fâcheuses. La mauvaise humeur s'exagère à chaque période de règles.

Voici ce que le mari écrit, au sujet de sa femme : « J'ai toujours constaté un manque d'entrain, d'enthousiasme, pour ce qui aurait pu l'intéresser. Elle ne voyait que le mauvais côté des choses... Ma femme empoisonnait littéralement son existence. »

Pourtant, la famille (qui accepte aujourd'hui facilement que ce caractère soit pathologique) n'a jamais trouvé d'irrégularité dans son évolution ; il ne s'agit pas de psychose périodique ou de cyclothymie.

Sténo-dactylo, Mme D... n'a jamais su conserver longtemps la même place. Méfiante et susceptible, elle s'est toujours crue mal vue de quelque collègue, ou bien croit qu'on se moque d'elle, et quitte, par coup de tête, chacune de ses places.

Une fausse couche naturelle en 1928.

Une fille, bien portante, en 1930.

Depuis quelques mois, Mme D... manifestait un goût prononcé pour l'occultisme.

En Mai 1934, une hémoptysie légère fait découvrir une tuberculose pulmonaire évolutive (*lobite supérieure droite*), sans retentissement important sur l'état général.

Mme D... cesse de travailler.

On institue un pneumothorax artificiel, suivi de cure sanatoriale, le tout difficilement accepté par la malade, qui abrège d'autorité la cure, malgré les avis médicaux.

Hydropneumothorax ; on abandonne les insufflations.

L'état général reste bon.

Reprise de l'évolution pulmonaire au début de 1935.

En Février, il semble que la méfiance et les craintes de la malade dépassent les bornes du mauvais caractère ; Mme D... se montre même vaguement interprétante...

En Mars, un médecin propose une *phrénicectomie*, à quoi Mme D... consent sans trop de répugnance.

L'opération, pratiquée le 30 Mars 1935, réussit.

« C'est immédiatement après, écrit le mari, que les troubles mentaux se sont manifestés. »

« Elle m'affirma d'abord qu'à la clinique, où elle n'est restée qu'une demi-journée, on lui avait fait des choses qu'elle ne pouvait définir (attouchements génitaux). Puis elle dit que sa femme de ménage voulait l'empoisonner. Pour la rassurer, je la conduisis chez sa mère, où elle resta deux jours. Là, elle crut sentir des odeurs imaginaires, ce qui l'effrayait. Puis, elle se mit à s'accuser d'avoir rendu malheureux ses proches, et nos affirmations que nous lui pardonnions et oubliions tout ce qu'elle pouvait avoir fait (et qui se résume aux manifestations d'un mauvais caractère), ne réussissaient pas à la consoler.

« Ensuite, elle s'accusa de choses qui n'avaient jamais existé que dans son imagination.

« Le 6 Avril, elle réclame la confession (ce qu'elle n'avait pas fait depuis notre mariage) ; je la conduisis près d'un prêtre. Cette confession lui procura le calme pendant une heure, puis les craintes, les larmes, le repentir, la reprirent, et cela dura toute la nuit du 6 au 7.

« Le 7 Avril, j'ai appelé un médecin qui jugea nécessaire de demander son admission à Henri-Rousselle, et la malade consentit à y aller, me demandant encore pardon de m'avoir amené à cette extrémité si triste. »

Insomnie totale pendant cette période.

A l'entrée à Henri-Rousselle, on note :

« Etat mélancolique. Dépression. Idées d'autodépréciation et de culpabilité. S'accuse d'avoir mal agi et commis des crimes. Refus d'aliments. Résistance aux soins. Anxiété intense. Se cogne la tête contre les murs : idées de suicide, tentative de strangulation avec sa taie d'oreiller... »

Probablement hallucinations auditives, dont le contenu correspond aux préoccupations et idées délirantes anxieuses manifestées depuis le début des troubles mentaux.

Cet état aigu dure une quinzaine de jours ; puis l'anxiété s'atténue, les hallucinations disparaissent.

Il persiste, sur un fond encore anxieux, un état mélancolique, avec idées de persécution.

Nous recevons Mme D... le 30 Mai 1935, un mois après le début des troubles :

Absorbée, inattentive, en dépit d'efforts d'adaptation ; inhibée, fatiguée, elle fuit devant les questions qui ont trait au présent ; elle se sent plus à l'aise dans le passé.

Fuite d'idées (« J'ai trop d'idées dans la tête ; elles passent sans que je puisse les contrôler ») qui explique l'alternance de vivacité dans l'expression, brusquement interrompue : elle donne alors l'impression de quelqu'un qui a soudain « perdu le fil ».

Anxiété encore très vive.

Ton délirant, d'auto-accusation, d'auto-dépréciation.

Transitivisme vraisemblable (« Mon mari n'a pourtant pas de raison de m'en vouloir »).

A la vérité, tout cela n'est pas exprimé de façon catégorique.

Souvent, l'expression se nuance d'une sorte d'ironie, de perplexité aussi : on a l'impression que la malade recule, par fatigue, devant l'examen et la discussion de perceptions intuitives, et d'un état qu'elle avoue ressentir pathologique.

Elle manifeste d'ailleurs, en même temps qu'elle décrit cet état, une paradoxale indifférence : plutôt une sorte d'inertie, en place de réaction.

Ainsi se constitue une apparence de discordance, fugace, qui échappe, par des nuances, à l'allure d'une discordance de démence précoce.

Soupçonneuse encore, instable, réticente.

Elle dort peu, et son sommeil est coupé de rêves.

L'état organique est bon ; la lobite supérieure droite est fixée. (La phrénicectomie a bien réussi ; la radioscopie vérifie l'ascension importante, et l'immobilité de l'hémidia-phragme.)

Ni toux, ni expectoration ; les crachats, très rares, ne se sont montrés à aucun moment bacillifères.

Un mois après l'entrée, l'anxiété a complètement disparu, la tristesse aussi.

Calme, souriante, docile, la malade travaille, se conduit normalement, attend avec patience la sortie qu'on lui fait entrevoir, dans un délai pourtant assez long.

On a encore l'impression discrète, ou la crainte, de quelque réticence, ou de quelque méfiance.

Mais la malade est rendue à la liberté complètement guérie mentalement, et en bonne voie de guérison pulmonaire.

*
**

Insistons sur ces points particuliers :

Hérédité tuberculeuse.

Hérédité mentale.

Hérédité hépatique.

L'absence de réaction mentale au premier schok thérapeutique (pneumothorax artificiel).

La coïncidence clinique évidente entre le second schok, plus grave, de la phrénicectomie, et l'apparition de troubles mentaux aigus (précédés, il faut le dire, d'une période de déséquilibre avéré, coïncidant avec une réactivation des lésions pulmonaires).

L'allure non pas confusionnelle, mais seulement délirante de l'anxiété ; le parallélisme absolu d'évolution de l'anxiété et du délire.

*L'absence d'évolution des lésions pulmonaires, malgré les conditions physiques déplorable*s (tentatives de suicide, hypo ou

non alimentation, tristesse, désespoir, absence de tout traitement).
La guérison totale des troubles mentaux.

*
* *

OBS. n° 9. — Mme O..., 29 ans.

Etat confusionnel avec excitation motrice intense après avortement thérapeutique pour tuberculose pulmonaire grave. Guérison des troubles mentaux. Localisations secondaires multiples de la tuberculose.

Antécédents familiaux tuberculeux :

Mère morte à 42 ans : tuberculose pulmonaire ;

Sœur morte à 16 ans : tuberculose pulmonaire ;

Mari mort de tuberculose pulmonaire.

Antécédents familiaux mentaux :

Sœur morte de grippe espagnole en 1918 ;

Une sœur, périodique, internée, pour la seconde fois, pour excitation maniaque ; ses troubles auraient succédé à une typhoïde grave.

Antécédents personnels :

Chute sur le front à l'âge de six ans : cicatrice profonde. Perte de la vision de l'œil gauche après l'accident. Actuellement, diminution considérable de l'acuité visuelle : ne voit les objets que sous forme d'ombres chinoises. Jamais de crises comitiales.

Réglée à 17 ans.

Grippe espagnole en 1918.

Quatre grossesses : 2 enfants morts en bas âge d'accidents pulmonaires aigus ;

2 fausses couches.

En 1928 : infection pulmonaire grave (congestion pulmonaire, convalescence longue, mais pas de suites immédiates).

En 1932 : première hémoptysie. Séjours en sanatoria. Jamais de troubles mentaux. Pas d'irrégularités de caractère.

Les premiers accidents mentaux sont apparus dans les circonstances suivantes :

La malade, qui se sait tuberculeuse (tuberculose bilatérale ulcéro-caséreuse) se trouve enceinte de 3 mois 1/2. Elle entre, fatiguée physiquement, mais bien lucide, à Beaujon, où elle a déjà été soignée, pour qu'on décide si elle doit ou non mener à terme sa grossesse.

Elle entre à la maternité le 28 Juillet 1935 ; l'avortement thérapeutique est fait le 6 Août. Il y aurait eu une hémorragie abondante après l'opération.

Dans la nuit, brusque accès d'excitation, confusion ; errance dans les couloirs. « Je me suis sentie, dira-t-elle plus tard, tout d'un coup heureuse ; je ne ressentais plus rien. » Dès lors, ses souvenirs s'estompent.

Elle se présente, selon les certificats, dans un état d'excitation à type maniaque : bavardages sans suite, turbulence, insomnie, propos grossiers, mobilité extrême de l'attention, fuite des idées, agitation motrice désordonnée, impulsions violentes.

Cet état n'empêche pas de se reproduire certains moments de calme, de lucidité, avec hypermnésie ; ce ne sont que de brèves lueurs.

Anxiété vive. Désordre des idées : tantôt auto-accusation véhémence, appels de la mort ; tantôt, elle se dit immortelle, et rit ; ou bien, c'est une incohérence complète : tout cela fugace, variable d'un moment à l'autre.

D'Août à Octobre, le tableau ne change guère : excitation incohérente permanente, sans systématisation de délire.

L'état général décline rapidement, jusqu'à un état cachectique ; pourtant *l'évolution de l'état pulmonaire est très lente*, bien que certaine : l'expectoration est fortement bacillifère.

Le 8 Octobre 1935, on note : Trémulation des membres inférieurs, pseudo-trépidation épileptoïde de la rotule et du pied. Pas de signe de Babinski. Réflexes tendineux vifs et exagérés aux membres inférieurs.

Pourtant, l'agitation est moins désordonnée.

Et dès lors, les troubles mentaux vont s'atténuant.

En Novembre, la malade est seulement anxieuse par instants, triste, impatiente.

On ne saurait mettre sur le compte de troubles mentaux les préoccupations qu'elle a au sujet de sa santé : aucune inquiétude ne saurait être plus légitime ; et même, la manière d'exprimer ses craintes devient de moins en moins empreinte d'anxiété : une espèce de résignation remplace les pleurs.

L'état pulmonaire plus mauvais (tuberculose cavitaire à tendances extensives) se complique d'une localisation rénale, dont les manifestations douloureuses, à type de coliques néphrétiques, ne laissent aucun repos à la malade.

— Globules de pus, et bacilles dans les urines.

Et c'est seulement pour donner une satisfaction morale, répondant à un secret espoir de la malade, que nous nous occupons de faire entrer Mme O..., désormais parfaitement guérie de ses troubles mentaux, dans un service hospitalier, où elle avait été autrefois en traitement.

Nous n'avons pas de nouvelles depuis, mais l'état cachectique et la gravité des lésions qui existaient lors de sa sortie, nous laissent penser qu'une issue fatale n'a pas dû suivre de longtemps l'admission à l'hôpital.

*
* *

Ce qui nous retiendra dans ce cas :

La lourde hérédité tuberculeuse.

Les accidents mentaux collatéraux superposables à ceux de notre malade : sa sœur a été frappée de la même infection grip-pale, puis d'une infection grave (typhoïde), après quoi se sont manifestés des troubles de même type que ceux de notre malade, mais chroniques.

Les antécédents personnels infectieux.

La coïncidence des troubles mentaux avec le schok obstétrical, et l'allure infectieuse de la maladie.

Le ralentissement de l'évolution tuberculeuse pulmonaire pendant la période aiguë (ralentissement paradoxal quand on songe à l'agitation et à la dénutrition de la malade).

La reprise de l'évolution, et les fixations secondaires et multi-

ples du bacille, alors que les troubles mentaux s'apaisent jusqu'à la guérison complète.

Deux mots de discussion sur l'état maniaque de Mme O...

Etat bien atypique, en vérité.

Sans doute, c'est une excitation motrice extrême ; mais ni euphorie, ni colère concomitantes, du moins de façon continue.

On assiste à ce paradoxe, d'une sorte de syndrome de Cottard, accompagné de terrible agitation, aussitôt remplacé par une gaîté extrême, suivie de larmes.

L'anxiété existe, mais au second plan ; à moins que cette perturbation psycho-organique atypique n'en soit qu'un équivalent ?

De toutes façons, on ne saurait parler d'un état pur, soit maniaque, soit anxieux.

*
**

OBS. n° 10. — Mme L...

Bouffée confusionnelle et délirante accompagnant une réactivation spontanée de lésions anciennes de tuberculose pulmonaire.

Malade indemne de tout antécédent héréditaire ou personnel ; aucun incident dans sa vie, jusqu'à une pleurésie en 1931.

Peu de temps après, une tuberculose pulmonaire se déclare du côté gauche : caverne de la région sous-claviculaire.

Un pneumothorax artificiel est créé à gauche, un an après le début des lésions pulmonaires.

Et c'est l'histoire banale d'une tuberculeuse pulmonaire soignée en sanatorium.

De l'avis des médecins qui ont soigné Mme L... pendant quatre ans, la malade n'a jamais eu aucun trouble mental. Mais, après son séjour en sanatorium, Mme L... se trouve dans une situation matérielle difficile. Elle seule gagne l'argent qui fait vivre son ménage ; son mari n'a pas de situation, et joue aux courses ; elle doit renoncer à tout traitement, trop coûteux, et se consacre uniquement à son travail de modiste.

Cependant, sa santé reste longtemps bonne ; le pneumothorax est abandonné et les lésions paraissent fixées. Toux et expectoration ont disparu. L'état général est satisfaisant ; jusqu'en Novembre 1935.

Assez brusquement, la malade souffre à nouveau de points de côté au niveau de l'ancienne lésion.

Toux, expectoration abondante, amaigrissement, épuisement soudain.

D'autre part, toutes les économies ont disparu ; le travail manque. Le mari de Mme L... mène la vie qu'il a toujours menée, sans se soucier de l'inquiétante incertitude du lendemain ; sa femme, un peu plus âgée que lui, ne le voit pas sans quelque jalouse angoisse, désertier le foyer, pour quelles distractions ?...

La crainte de voir se produire une grave rechute tuberculeuse décide Mme L... à se faire hospitaliser à Laënnec. *Il se produit là une sorte de vomique, vidant une large caverne du lobe supérieur gauche (réactivation spontanée de la lésion ancienne).*

A peine arrivée à l'hôpital, elle tombe, en quelques heures, dans un état de confusion avec agitation incohérente.

On note alors : « Idées délirantes polymorphes ; idées de négation, troubles hypochondriaques (?). Idées de persécution et de grandeur, régression affective, idée de griserie. »

Nous ne pouvons malheureusement insister sur la valeur psychologique de tous ces symptômes.

On note, un peu plus tard :

« Excitation avec gémissements, insomnie. »

Vue dans notre service une dizaine de jours après le début des troubles mentaux, la malade se présente ainsi :

Pâle ; l'aspect infecté.

Instable, d'une instabilité à type anxieux (elle se lève, cherche, erre, nue, dans les couloirs).

Egarée, confuse, elle ne sait dire que « Je ne sais plus ».

Elle se rappelle seulement son nom.

Désorientation totale ; perte de tout point de repère dans le temps et dans l'espace.

Elle chante parfois, dit à voix basse des choses inintelligibles, ou bien se tait, le regard fixe.

Le comportement, l'attitude sont bien d'une anxieuse, bien que l'anxiété ne soit pas exprimée verbalement.

Fatigue intense. Température normale.

Aucun signe neurologique.

Dans les jours qui suivent, les souvenirs reviennent peu à peu, au hasard.

Mais il reste une confusion partielle, avec bizarreries, enfantillages, plaisanteries de types maniaques, sourires entendus.

La réadaptation se fait peu à peu ; brèves périodes d'anxiété vive, avec idées mélancoliques, auto-accusation, érotisme.

Au bout d'un mois, les troubles mentaux se sont déjà bien atténués ; la confusion a disparu, les souvenirs reviennent en foule. L'humeur reste instable.

En même temps que cette amélioration mentale, se produisait une amélioration dans l'état général.

Les signes fonctionnels pulmonaires s'amendent : l'expectoration, bien que toujours bacillifère, est beaucoup moins abondante.

Deux mois après son entrée, la malade est vraiment redevenue normale : elle a conscience de ce qui s'est passé ; elle a tendance à expliquer de façon plus ou moins légitime ce qui a déterminé ses troubles, mais accepte d'autres explications que les siennes.

Elle se souvient, pendant la période confusionnelle, *d'avoir eu des sensations électriques, des gestes automatiques, des sensations de pensée automatique, une impression générale d'étrangeté du monde extérieur...*

Actuellement, la malade a recouvré et gardé sa santé psychique.

L'amélioration rapide de l'état pulmonaire a surpris son médecin habituel (tendances marquées à la sclérose. Affaïssement de la caverne ; « nettoyage » radiologique du lobe atteint).

*
**

Ici, parallélisme pur et simple d'une réactivation pulmonaire tuberculeuse et de troubles mentaux.

Notons l'absence de toute prédisposition.

La bénignité relative de l'atteinte mentale (bénignité quant à l'évolution, car on aurait pu tout craindre au moment de la confusion).

Le rôle de la fatigue et de l'inquiétude : sorte de direction déjà — légitimement — donnée.

La stabilité des lésions pulmonaires, l'absence de tout caractère extensif, malgré l'état d'excitation, la difficulté de l'alimentation, l'anxiété, l'instabilité, l'absence de tout traitement spécifique.

La guérison complète des troubles mentaux.

*
**

OBS. n° 11. — Mme S..., 28 ans.

Troubles mentaux : anxiété confusionnelle, puis interprétante, évoluant en même temps qu'un début de tuberculose pulmonaire ; guérison simultanée des deux maladies.

Nous manquons de précisions sur les antécédents héréditaires et personnels (de l'enfance) de cette malade.

Nous savons seulement que : sa mère est bien portante ; son père est mort d'une affection pulmonaire aiguë, probablement non tuberculeuse.

Sept frères et sœurs dont quatre vivants et bien portants, trois morts en bas âge (l'un de péritonite aiguë).

Madame S... a toujours eu un caractère instable : impressionnable, anxieuse, scrupuleuse, indécise.

Pas de maladies d'enfance.

Pleurésie à 18 ans.

Intelligence peu développée ; notions scolaires élémentaires.

Mariée, un enfant qui a actuellement sept ans (l'accouchement a été normal, mais a été suivi d'infection puerpérale).

rale. Nous n'avons pas de renseignements valables sur l'état mental pendant les suites de couches.)

Une broncho-pneumonie, soignée à Laënnec, il y a deux ou trois ans.

Le 4 Novembre dernier, elle quitte son mari, alcoolique, qui la battait.

Depuis, elle s'est placée, bonne à tout faire.

Quelques semaines avant son entrée dans notre service, elle s'est sentie fatiguée, anxieuse.

La fatigue physique s'accroît rapidement, et prend des caractères que l'on observe habituellement lors d'imprégnation tuberculeuse.

Etat général déficient, amaigrissement notable, anorexie, pâleur.

Une toux sèche, rebelle.

Puis une expectoration muco-purulente.

Des transpirations nocturnes abondantes.

En même temps, l'état anxieux, diffus d'abord, se précise, s'organise, pauvrement, il est vrai.

Les certificats (28 Juin 1935) notent :

« Des idées confuses de persécution et d'influence ; des préoccupations hypochondriaques (boutons sur le corps — syphilophobie, malgré des réactions sanguines négatives).

Sentiment d'inhibition ; cerveau « noyé ».

Se sent vaguement électrisée, filmée, hypnotisée.

Appréhensions délirantes : qu'on ne la brûle, comme Jeanne d'Arc, qu'on ne lui vole son enfant.

Occultisme de débile ; histoires de tireuses de cartes.

Pleurs. Insomnies. Cauchemars. »

Ce tableau clinique a fait, à ce moment, qu'on s'est posé la question d'une évolution vers la démence précoce.

Dans notre service, où elle arrive quinze jours après qu'on eût observé ce qui précède, la malade est déjà bien améliorée ;

Non pas tant, il est vrai, en ce qui concerne l'état physique : la malade est encore maigre ; tous les signes fonction-

nels décrits plus haut persistent. La bacilloscopie s'est toujours montrée négative dans l'expectoration, malgré les notions cliniques de signes de *condensation des régions apicale et sous-claviculaire gauches* ; radiologique, d'une dentification parenchymateuse de la région apicale gauche (dentification assez homogène). Le sinus droit est un peu émoussé et obscurci.

Insuffisance respiratoire nette.

Evolution apyrétique.

Mais psychiquement, la malade n'est plus qu'une petite anxieuse. Un thème délirant persiste (mais il n'y a qu'une question de degré pour que ce thème délirant devienne une préoccupation légitime) : la peur que son mari ne soit allé reprendre l'enfant (dont la malade n'a pas de nouvelles) dans la famille qui en a la charge.

Tristesse habituelle.

Pourtant, la malade ne reste pas inactive, et travaille au ménage, irrégulièrement, selon son humeur.

L'amélioration s'est poursuivie sans rechute pendant les quatre mois que la malade passe dans le service.

Elle s'y est montrée toujours polie, aimable, courageuse, communicative, patiente.

Peu à peu se précise en elle la conscience d'avoir été psychiquement malade. Que l'explication qu'elle donne de ses troubles mentaux soit la fatigue, peut-on exiger d'elle plus fine étiologie ?

L'état général lui aussi s'améliore (augmentation de poids de deux kilogs).

Toux ni expectoration n'existent plus au bout de deux mois.

Les examens radiologiques successifs ont montré l'éclaircissement du sommet obscurci, à l'entrée, si bien que, sous l'écran, l'aspect des poumons de Mme S... est normal, quand elle sort en liberté.

Depuis, Mme S... a repris la vie commune avec son mari, en Bretagne.

*
**

Mêmes remarques que pour le cas précédent :

Parallélisme d'évolution entre un début de tuberculose pulmonaire (fort probable) et des troubles mentaux.

La tuberculose pulmonaire regresse, en même temps que les troubles mentaux s'atténuent.

Il faut remarquer que le parallélisme — ou l'alternance — des troubles psychiques et organiques ne sont pas, dans nos cas, aussi schématiques que ceux qui sont observés et publiés généralement. Il semble bien que les modalités de fixation des toxines sur le tissu nerveux donnent moins de mobilité à l'atteinte mentale que n'en a l'atteinte pulmonaire ?

Notons aussi l'absence d'hérédité tuberculeuse ou mentale (à notre connaissance).

*
**

OBS. n° 12. — Mlle P..., 27 ans.

Bouffées délirantes chez une basedowienne tuberculeuse ; bouffées paraissant déterminées par des shocks thérapeutiques : phrénicectomie, chrysothérapie ; homosexualité transitoire pendant le dernier accès. Guérison mentale. Tendance, dans l'ensemble de l'évolution, à la périodicité.

— Savoyarde, née de parents savoyards ; nombreux goitreux dans la famille.

Basedowienne elle-même : goitreuse ; elle a l'œil brillant, sans exophtalmie, le tremblement variable des basedowiens ; pas de tachycardie évidente.

Elle a barbe et moustache bien fournies, qu'elle épile avec patience.

Une peau sans finesse, le cheveu raide, une voix grave, la virilisent, en dépit du maquillage, dont elle use, il est vrai, avec discrétion.

— Son enfance s'est passée entre sa mère, malade d'asthme et de fatigue cardiaque, son père de caractère sévère et dur, une sœur, et un frère qui a mal tourné après que leur mère fût morte. Tous travaillent.

Rien, dans la vie de la jeune fille, qui soit anormal ou irrégulier.

Cependant, la tuberculose se manifeste dans la famille : un garçon de six mois meurt d'une méningite suspecte. Mlle P..., elle-même, est immobilisée à 14 ans 1/2, pendant 18 mois, pour un mal de Pott dorso-lombaire, dont il ne reste qu'une scoliose peu visible.

Plus tard, alors que la famille a été dispersée : la mère morte, le père remarié, le fils parti pour l'aventure qui le mènera au bagne, les deux sœurs restant seules unies et travaillant ensemble, la cadette devient tuberculeuse.

Et ces difficultés, et la misère, n'ont pas suffi à déséquilibrer notre malade.

Mais, en 1930 (elle a 21 ans), touchée elle aussi par la tuberculose pulmonaire, elle commence l'existence des tuberculeuses, de dispensaire en sanatorium. De temps en temps, une tentative de travail la fatigue, et la ramène à l'hôpital.

Son caractère est dès lors plus instable, irritable ; des découragements passagers. Mais rien qui éveille l'attention : rien de plus que l'irrégularité d'humeur d'une malade chronique.

Jusqu'en 1934, la malade ne reçoit pas de traitement autre que quelques injections de sels d'or, qu'on arrête rapidement à cause d'accidents intestinaux.

La même année, la malade *subit une phrénicectomie, et brusquement, il y a un changement total dans sa personnalité.*

Maussade et triste, elle se néglige, et prend en aversion ce qu'elle aimait : très pieuse auparavant, elle ne veut plus entendre parler de religion, refuse d'aller en pèlerinage à Lourdes. La gratitude qu'elle avait pour ses médecins traitants, fait place à de l'insolence et à de la méfiance.

L'entourage est vivement frappé de cette transformation. Mais cela ne dure guère qu'un mois, après quoi le calme revient, un calme relatif de nerveuse.

Rien à signaler jusqu'en 1936.

La malade *reçoit alors une série de sels d'or. Coïncidence*

ou accident ? une crise hépatique se déclanche, et avec elle des troubles mentaux : sensation d'énervement, excitation vive ; mysticisme et crises de nerfs.

On la dirige sur Sainte-Anne, où on observe :

Des alternatives d'anéantissement, d'inertie et d'agitation incoordonnée. Anxiété. Bizarries.

Idées délirantes de caractère flou, indéfini. Idées de persécution non systématisées, expliquées d'une façon relativement logique.

Attitudes psychiques passionnelles ; hallucinations cœnesthésiques. Courants électriques.

Deux certificats, à quinze jours de distance, portent l'un et l'autre le diagnostic de *psychose paranoïde*.

Peu après, on parle de *syndrome hébéphrénique* :

« Mutisme morbide, animosité contre les hommes, idées de persécution, hallucinations cœnesthésiques et olfactives. »

Nous recevons la malade un mois après le début des troubles.

Il ne nous paraît pas possible de classer dans un cadre nosologique actuel le syndrome qu'elle présente.

Le terme le plus vague serait le mieux adapté : bouffée délirante polymorphe.

Au moins, cette bouffée délirante est-elle remarquable par plus d'un symptôme.

Notre malade est excitée et épuisée à la fois (et non pas en état mixte, comme on voit les périodiques quand ils oscillent entre une phase d'excitation et une phase de dépression).

Tous les efforts de la malade (musculaires, intellectuels) se détendent tous rapidement en une impuissance consciente.

Efforts disproportionnés vers le beau, le vrai, la science.

Efforts de rassembler des souvenirs trop mobiles.

Efforts d'autocritique, dont le contrôle lui échappe.

Efforts de discipliner des idées fuyantes.

L'impossibilité de toute opération logique donne à sa pensée une forme intuitive pauvre ; il y a prédominance, chez elle, de tout mode affectif ou irrationnel.

Elle a conscience de tout cela, et ne sait le définir.

D'idées délirantes, il n'existe pas à vrai dire. Le ton du langage, c'est vrai, a la forme d'un langage délirant, mais n'exprime pas un vrai délire ; une excitation, pauvre, elle aussi, de l'imagination, lui donne une forme inhabituelle, recherchée, inadaptée parfois, par suite de la disproportion entre l'excitation et ses possibilités de réalisation.

La malade écrit sans cesse des lettres qu'elle ne termine jamais.

L'insomnie est totale, les maux de tête incessants.

Le plus curieux est l'apparition récente d'un bouleversement sexuel complet :

« J'étais froide, dit-elle. Je suis chaude maintenant. »

Mais cette excitation sexuelle est devenue *homosexuelle*. La malade s'est prise de passion pour deux infirmières : « ses chéries » ; elle proclame, et écrit, son homosexualité exclusive, s'en étonne parfois, mais l'accepte comme définitive. Peut-être est-elle plus romanesque qu'effective. Il n'en est pas moins vrai que la mentalité de la malade a subi une inversion totale.

Nous n'avons garde d'omettre les conditions psychologiques qui ont pu favoriser cette inversion, et nous voudrions pouvoir nous y arrêter : fiançailles manquées « à cause de sa froideur ». Désirs sexuels dont elle recherche et fuit l'accomplissement. Amour qu'elle veut croire platonique. Déception. Solitude affective...

Revenons au tableau clinique.

Infantilisme parfois (état padoïde selon G. Petit). Désintégration, selon Mourgue : perte de certaines acquisitions. Orthographe d'une fantaisie infantile (qui, nous avons pu le constater, n'existe ni avant ni après les troubles mentaux). Perte de la notion de concordance des temps. Orthographe euphonique (à rapprocher peut-être d'orthographes d'aphasiques).

Le graphisme lui-même est de caractère infantile.

— *Aucun signe de démence précoce.*

Affectivité exagérée. Sentimentalité romanesque. Irritabilité. Impatiences.

Quelques crises de type pithiatique : attitude de souff-

france, gémissements, contorsions, mains crispées, soupirs, rejet brusque des draps ; la malade tousse horriblement, crache de la salive, puis, brusquement se relève, souriante, travaille.

Ces faits se produisent seulement au moment de la visite médicale.

— Il s'agit, quant aux lésions pulmonaires, d'une *lobite supérieure droite en évolution*. Le sommet gauche est suspect. L'ascension du diaphragme droit, et son immobilité, témoignent de la phrénicectomie.

L'état général n'est pas mauvais.

L'expectoration est bacillifère.

A l'état d'excitation succède une *période brève de dépression*. Insomnie persistante. *Toedium vitae*.

— A quelque temps de là, les idées délirantes et l'homosexualité ont disparu, et sont jugées avec pertinence par la malade... L'attitude, le comportement sont sensiblement normaux. Une humeur triste dans l'ensemble, une activité réduite caractérisent cette période.

Puis, tout rentre dans l'ordre.

Les lésions pulmonaires, très améliorées, se fixent (l'expectoration est toujours bacillifère).

La malade est actuellement en sanatorium. Ses lettres sont d'un ton parfaitement normal, et témoignent d'une délicatesse de sentiments assez remarquable.

*
**

Nous aimerions nous attarder sur cette observation.

Retenons seulement, pour le sujet qui nous intéresse, l'importance de l'*élément glandulaire*, héréditaire.

L'hérédité tuberculeuse.

L'ébauche de cyclothymie antérieure au dernier accès.

Le bouleversement de la personnalité, passager, après la phrénicectomie.

Le second bouleversement, plus grave, après les injections de sels d'or, bouleversement qui nécessite l'isolement.

Le polymorphisme du syndrome mental.

Le symptôme d'homosexualité transitoire.

L'excitation psychomotrice-atypique.

L'évolution ralentie des lésions pulmonaires, leur absence de tendance extensive.

L'ébauche de périodicité dans l'évolution du dernier accès : dépression passagère, avant le retour à un état normal.

La guérison mentale.



OBS. n° 13. — Mlle R..., 27 ans.

Troubles mentaux à symptomatologie polymorphe chez une basedowienne à hérédité nerveuse, à l'occasion d'un traitement aurique pour une évolution pulmonaire aiguë tuberculeuse.

Guérison mentale. Amélioration pulmonaire.

Antécédents héréditaires et familiaux :

Mère morte à Sainte-Anne en 1914, après un épisode infectieux aigu, suivi d'état confusionnel (notre malade avait alors trois ans).

Frère aîné interné depuis 4 ans à l'Asile de Clermont, après un brusque état confusionnel. Les troubles mentaux seraient actuellement guéris depuis un an.

Mlle R... a toujours été nerveuse, et de santé fragile. Basedowienne : goitre, tachycardie légère, et tremblement variable. Depuis très longtemps, on a pensé chez elle à une tuberculose possible. De 11 à 14 ans, on aurait trouvé quelque diminution de transparence radiologique des poumons, sans autre symptôme.

Formation à 14 ans.

« Faiblesse de vessie » jusqu'à 16 ans ?

Appendicectomie en 1922.

Séjours à Berck de 1922 à 1924, pour faiblesse générale.

En 1929, séjour à Bon-Secours pour une adénite cervicale suppurée.

En 1932, une tuberculose pulmonaire se déclare.

A Montmorency, où la malade est soignée, elle reçoit une série d'allochrysine : période de dépression marquée, surtout

pendant le séjour à Villepinte, qui suit le traitement : mutisme obstiné, repliement boudeur sur soi-même.

Au sanatorium d'Épernay, où elle va ensuite, Mlle R... reçoit, sans incidents, un traitement à la tuberculine.

Les lésions semblent en voie de guérison, la malade sort du sanatorium.

En 1935, elle se place comme femme de chambre à Reims. Au bout de peu de temps, elle se fatigue ; sa tuberculose pulmonaire semble se réactiver ; Mlle R... se fait admettre à l'hôpital.

Elle y reçoit une injection de crisalbine à 0,10 cgs, puis, presque aussitôt après, une seconde, à 0 gr. 20. Aussitôt, (et la coïncidence est notée spontanément par la malade), débutent les troubles mentaux.

Cela commence par des troubles du caractère ; par coup de tête, la malade signe sa pancarte à l'hôpital, sort, et part pour Paris, sans argent, « pour faire sa vie ».

Elle erre sans ressources, dans une tenue négligée.

Erotisme. Préoccupations sexuelles.

Elle est arrêtée pour un incident (billet de chemin de fer périmé, dont elle voulait se servir). Son attitude, son excitation, ses bizarreries auraient attiré l'attention ; elle fut envoyée à l'Infirmerie du Dépôt, où on la garda.

Son état physique, cependant, était précaire. Fort amaigrissement, faiblesse extrême.

Déséquilibre psychomoteur : chants, pleurs, religiosité théâtrale...

Depuis l'internement, allure et comportement puérils. Naïveté. Alternatives d'excitation et de dépression.

Satisfaction de soi. Petit maniérisme.

Suggestibilité.

Jugement déficient.

Dans l'ensemble, une sorte d'état regressif, pédoïde, selon Georges Petit ; et certains caractères d'un état mixte.

Dans les semaines qui suivent l'internement, l'état général s'améliore rapidement (reprise de poids de 7 kilogs en 8 mois).

L'état mental tend à se stabiliser : l'excitation disparaît.

Les idées à teinte délirante, ou obsessionnelles s'estompent.

La malade garde un caractère un peu puéril, une affectivité qui s'exprime avec des gestes un peu enfantins ; son humeur est encore un peu irrégulière ; elle est triste, s'ennuie ; elle a les larmes faciles, et se console aisément.

Mais elle est docile, serviable, dévouée ; elle s'occupe régulièrement ; elle demande à sortir, mais sans trop d'insistance.

Les lésions pulmonaires (infiltration diffuse du tiers supérieur du poumon droit. Quelques taches périhilaires à gauche) *n'ont aucune tendance extensive*. La bacilloscopie reste positive.

L'appétit est bon. Le sommeil régulier.

L'absence de famille proche, qui puisse s'occuper de Mlle R..., retarde seule sa sortie.

*
* *

Il y aurait intérêt à avoir quelques précisions sur l'hérédité maternelle : les troubles mentaux aigus de la mère ont beau avoir débuté après la naissance de la malade, le fait de l'aliénation du frère rend vraisemblable une fragilité nerveuse héréditaire.

— Élément thyroïdien.

— *Premiers troubles après une série de sels d'or.*

— *Troubles mentaux aigus coïncidant avec une poussée évolutive.*

— *Amélioration physique et pulmonaire malgré l'état d'agitation.*

— Guérison psychique.

*
* *

OBS. n° 14. — Mlle D..., 27 ans.

Troubles mentaux : excitation psychomotrice pure, sans délire, parfois dépression. Troubles paroxystiques du caractère, après un pneumothorax artificiel bilatéral.

Antécédents familiaux :

Père mort de tuberculose pulmonaire ;

Un frère pleurétique ;

Deux sœurs bien portantes.

Pas d'antécédents mentaux connus.

Petite enfance. Il paraît probable qu'il y a eu des convulsions ; paralysies fugaces. Marche retardée. Difficultés d'élocution, jusqu'à un âge avancé.

Caractère boudeur.

Niveau mental pas très élevé, mais suffisant.

Courageuse, active, patiente, honnête, sérieuse ; elle pratique régulièrement ses devoirs religieux.

Toux ancienne. Depuis l'âge de 18 ans, points de côté, transpirations nocturnes, amaigrissement, fatigue ; la malade a alors un travail régulièrement pénible : elle s'occupe d'enfants dans une maison religieuse (où son activité donne satisfaction), mais ses journées de travail commencent à six heures, et se terminent, sans répit, à huit ou neuf heures du soir.

En Juillet 1935, une hémoptysie se produit, de moyenne abondance. On n'y prête aucune attention ; la malade se repose un jour, et continue son travail comme par le passé.

Au début de 1936, Mlle D... quitte la maison religieuse, pour se placer comme femme de chambre à Paris. Les signes fonctionnels d'une affection pulmonaire, qu'elle présente, alarment ses patrons, qui la conduisent à un dispensaire.

Elle est aussitôt admise, et envoyée à la Salpêtrière.

On commence un pneumothorax artificiel à gauche ; l'évolution se poursuit normalement ; mais, dès les premières insufflations, la malade se sent nerveuse, irritable ; elle « arrive cependant à se contenir ».

Section de bride le 24 Juin. L'opération réussit parfaitement.

En Juin 1936, instauration, en même temps que l'on continue les insufflations gauches, d'un pneumothorax artificiel droit.

Dès lors, la malade « ne peut plus se contenir » ; sa nervosité devient insurmontable.

En même temps, l'état général fléchit ; amaigrissement important, avec température souvent élevée.

Aggravation progressive, et parallèle, de l'état mental et de l'état organique.

Le 2 Septembre, au lendemain d'une insufflation, colère violente ; bris d'assiettes, elle veut partir à toute force.

On l'envoie à Lariboisière, dans un service d'agitées.

Là, elle tente de s'étrangler à plusieurs reprises ; on la garde trois semaines, puis on l'envoie à Sainte-Anne.

Période de tristesse, de négativisme, de refus d'aliments. Les insufflations sont abandonnées.

La température, cependant, s'abaisse.

L'état général tend à s'améliorer.

Nous recevons la malade, calme, un peu anxieuse. Ton dépressif. Bouderie. Rancune familiale puérile.

Aucun élément hétérophrénique.

Strabisme très variable.

L'image radiologique montre : un collapsus satisfaisant de la moitié supérieure du poumon gauche.

A droite, seul le sommet est affaissé, surmonté d'une bulle claire, probablement gazeuse. (Lésions discrètes, à peine sensibles.)

Après un refus boudeur d'aliments pendant deux jours, la malade redevient gaie, consent à s'alimenter, reprend une attitude normale, au point que la sortie est établie en même temps que le certificat de quinzaine.

Or, la veille de la sortie, Mlle D... se sent soudain reprise de *nervosité incontrôlable, d'instabilité, de « tremblement intérieur »*. Le strabisme est très accentué.

Vertiges.

Deux heures après que la date de sa sortie lui eût été annoncée, la malade est prise d'une crise d'excitation furieuse de type coléreux, sans aucun délire, déclanchée par un incident minime de service. *Insomnie* complète depuis.

Depuis environ 1 mois, persistance de cet état, entrecoupé de journées parfaitement calmes, où la malade se montre douce, aimable, polie, réservée, et travaille,

C'est à certains états de troubles du caractère chez des comitiaux que ressemble le plus cet épisode.

Actuellement, l'excitation est beaucoup moins vive, et les journées où la malade est normale sont de plus en plus nombreuses et rapprochées.

L'état général est bon.

L'état pulmonaire, malgré l'abandon de tout traitement, est satisfaisant (les plèvres sont recollées à la paroi à droite et à gauche).

La bacilloscopie est négative. Toux et expectoration sont à peu près inexistantes.

*
**

Notons dans cette observation :

Les antécédents tuberculeux.

Les troubles neurologiques (infectieux ?) de l'enfance.

Les premiers symptômes, subjectifs, de déséquilibre net après les premières insufflations du pneumothorax gauche.

Le début des troubles mentaux graves après la bilatéralisation du pneumothorax.

Le fléchissement soudain de l'état général, sans complication du pneumothorax, sans évolution grave de la tuberculose pulmonaire.

En dépit du recollement pleural, des mauvaises conditions d'alimentation, même du simple manque de repos, d'insomnie complète, de la fatigue pulmonaire par les vociférations incessantes ; l'amélioration de l'état pulmonaire.

Tendance à l'amélioration psychique.

L'allure des troubles mentaux, uniquement constituée par une excitation psychomotrice coléreuse, avec troubles profonds du caractère (plutôt exagération pathologique, dans le sens où il était déjà déséquilibré).

*
**

Enfin, nous rapportons cette dernière observation, un peu différente des autres ; à notre avis, elle doit être classée avec les précédentes, malgré l'extrême brièveté des accidents mentaux. Il s'agit d'une :

— *Crise anxieuse dépressive avec tentative de suicide chez une alcoolique. Lésions traumatiques pulmonaires (par fractures de côtes) et localisation tuberculeuse immédiate sur ces lésions. (Tuberculose du mari). Guérison rapide des troubles mentaux. Amélioration pulmonaire.*

(Mme S..., 38 ans.)

Si nous nous attardons sur cette observation, c'est pour proposer quelques hypothèses sur l'influence possible d'un état toxique (non seulement alcoolique, mais bacillaire) dans la genèse d'un état aigu anxieux.

— Pas d'antécédents familiaux nerveux.

— Mari tuberculeux, en sanatorium.

— Une fille en bonne santé.

Voici l'histoire de l'internement.

Certificat de l'Hôpital Franco-Musulman :

« Fracture bilatérale des poignets, à la suite d'une tentative de suicide ; la malade présente une excitation intense, la rendant dangereuse pour elle-même et pour les autres » 19 Novembre 1935.

Avant cet accident, Mme S... était en chômage, presque dans la misère.

Elle convient de quelques excès de boisson habituels (dont font foi un tremblement digital important, un foie percutable sur quatre travers de doigts au-dessous des fausses côtes).

Pas de signes de polynévrite.

Le 20 Novembre, le certificat d'entrée à Sainte-Anne est ainsi conçu :

« Dépression mélancolique, découragement, crainte de la misère. Congestion pleuro-pulmonaire. »

Huit jours après, l'accès mélancolique est en voie de guérison.

Mais la congestion pleuro-pulmonaire est devenue tuberculeuse.

Or, voici ce que nous avons constaté à l'entrée de cette malade, le 19 Décembre 1935 :

Aucun trouble mental apparent. Faut-il donner quelques précisions ? Ton émotionnel normal (vague nuance d'anxiété). Attention intacte. Conscience de l'état pathologique antérieur. Accepte son internement ; s'informe sans impatience de la durée possible de son séjour à l'Asile. Bien qu'entourée de malades déli-

rantes et bruyantes « ne craint pas de devenir folle à leur contact ». N'exprime aucune idée délirante. Aucune impression de réticences.

Il semble bien que l'accès anxieux soit terminé.

Mais, ce qui est plus intéressant pour nous, ce sont les données de la radiographie : on avait signalé une fracture double des poignets.

Or, la radiographie thoracique nous révèle :

1°) Une fracture de l'omoplate, passant par la partie moyenne de l'os, au-dessous de la naissance de l'épine (à droite) ;

2°) Des fractures de côtes multiples : deuxième, troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième, dont les trois derniers traits sont doubles, l'un passant par la courbure externe, l'autre postérieur.

Ces lésions osseuses (dont la malade n'a jamais souffert) sont situées à leur maximum en regard :

3°) D'un foyer pulmonaire qui semble à limite inférieure scissurale, juxta hilare ; c'est une masse d'ombre assez dense, rectangulaire, non homogène. Sa nature tuberculeuse est vérifiée par la bacilloscopie.

De plus, le sinus droit présente des traces d'un épanchement résorbé (il est vraisemblable de penser à un hémithorax de peu d'importance) : le sinus est comblé, obscur, fermé.

Or, il n'y avait pas de lésions tuberculeuses avant l'accident (l'attention avait été attirée de ce côté par la maladie du mari).

— On a parlé, dans les certificats, d'un accès d'alcoolisme aigu.

Pour nous, les faits suivants nous frappent :

1°) Il s'agit d'une anxiété pure et simple, avec idées mélancoliques en partie légitime. Impulsion suicide. Aucune hallucination visuelle ou auditive. Rien d'un delirium.

2°) Les lésions pulmonaires peuvent logiquement s'expliquer par le traumatisme ; leur localisation, atypique pour une évolution indépendante, spontanée, donnent même la quasi certitude à cette opinion.

3°) La tuberculisation des lésions a été immédiate.

Citons tout de suite le Professeur Sargent (Bulletin de l'Académie de Médecine) :

« Le bacille peut demeurer virulent au sein d'anciens foyers dont une circonstance occasionnelle intercurrente (surmenage, traumatisme) déclanche le réveil ; les bacilles ainsi mis en liberté, passent dans le torrent circulatoire. Ils peuvent ensuite être éliminés, ou fixés. »

Dans notre pensée, la dissémination du bacille, dans le cas qui nous intéresse, serait antérieure au traumatisme.

N'oublions pas qu'il s'agit d'un terrain tout à fait propice au développement de la tuberculose (misère, alcoolisme, contagement direct).

Et nous pensons qu'il s'agissait d'une dissémination bacillaire, chez une malade contaminée, en état de moindre résistance du fait de son alcoolisme, et que l'accès anxieux était une conséquence autant de l'imprégnation toxique que de cette bacillémie supposée :

Et si nous nous permettons de parler de bacillémie, cliniquement, c'est que nous pensons que la fixation immédiate des bacilles sur un foyer traumatique, nous autorise à le faire.

L'évolution de l'accès anxieux qui tourne court ne peut-il ainsi s'expliquer par une sorte d'abcès de fixation tuberculeux ? C'est une hypothèse.

Remarquons que l'évolution des lésions fut favorable (tendance nette de l'image pulmonaire à se nettoyer).

Evolution apyrétique.

Amélioration générale.

Disparition des bacilles dans l'expectoration après deux mois.

Rémission spontanée, sans thérapeutique autre que diététique et repos.

Nous n'insisterons pas sur l'importance de l'hérédité nerveuse chez les malades. De tous temps, les auteurs l'ont signalée. Nous ne faisons que l'observer une fois de plus.

Il semble que le pronostic soit d'autant plus réservé que l'hérédité mentale familiale est plus chargée ; on ne manquera pas, nous le savons, de publier mainte exception ; on en pourrait

relever dans nos observations même. Cela n'empêche pas que l'influence de l'hérédité nerveuse est un fait d'observation courante, trop admis pour qu'il soit utile de s'y attarder; nous n'ajouterions rien à ce qu'on en sait.

Le fait, à notre sens capital, qui retient l'attention dans tous ces cas, c'est une sorte de *paradoxe entre l'évolution mentale et l'évolution pulmonaire*; paradoxe par quoi, en un certain sens, se relient les observations à celles du précédent chapitre.

Paradoxe qui n'est pas sans relations, non plus, avec les faits de balancement entre troubles mentaux, et manifestations viscérales tuberculeuses, ou infectieuses.

Examinons les données cliniques :

- a) D'abord, en ce qui concerne la tuberculose ;
- b) Puis en ce qui concerne les formes mentales.

a) Il ne s'agit, chez nos sept malades, que de tuberculoses évolutives assez banales, quant à leur forme, et quant à leur histoire clinique.

(Nous rappelons que nous mettons à part le dernier cas, de tuberculose pulmonaire post-traumatique.)

Nos malades sont pour la plupart jeunes.

Elles ont été souvent atteintes d'une imprégnation tuberculeuse ancienne (primo-infection) cliniquement affirmée dans plusieurs cas (pleurésies).

L'éclosion de leur tuberculose ne diffère en rien de ce qu'on observe dans la majorité des cas ordinaires; elle a toujours eu lieu avant l'apparition des troubles mentaux; toutes étaient reconnues et traitées avant d'entrer à l'Asile.

Le caractère de gravité toxique que nous avons remarqué dans les formes précédentes, manque ici. S'il y a eu gravité pour une de nos malades, ce fut une gravité d'évolution normale, si l'on peut dire, par extension anatomique de lésions destructives, par fixations secondaires du bacille, mais fixations sous sa forme adulte vérifiée, dont les manifestations sont envahissantes, nécrosantes, et mécaniquement graves (sans doute aussi sont-elles graves par les toxines diffusées; mais il semble que, du moins, les toxines

atteignent moins profondément l'organisme que les toxines diffusées en l'absence d'évolution nécrosante ?)

Cette dissémination secondaire du bacille n'eut d'ailleurs lieu qu'après la guérison mentale.

Fonctionnellement, rien ne rappelle non plus les formes de tuberculose toxique ; pas de ces dyspnées dramatiques, disproportionnées avec les lésions. Pas de ces douleurs angoissantes, ni de cette sorte de sidération pulmonaire.

Des signes francs, banaux : toux, expectoration, des points de côtés variables. Des sueurs nocturnes...

Pas d'hémoptysies, au moins dans les cas que nous avons relatés.

L'état général n'est pas gravement atteint. Au moins observe-t-on une phase d'amaigrissement, de dénutrition, de fatigue au début, (et souvent précédant ce début) des troubles mentaux. Mais la reprise est rapide, et annonce l'amélioration de l'état mental.

b) *Psychiquement*, ce sont des formes variées, variables, transitoires.

Toutes ont guéri complètement.

On observe — qu'on veuille excuser un terme aussi imprécis — un déséquilibre psychomoteur qui se manifeste par de l'anxiété (qui, dans ces formes, n'est jamais confusionnelle) soit par une excitation de type vaguement maniaque ; alors, il n'est pas rare de voir, en réaction, se produire une dépression passagère (soit à forme mélancolique, soit sous forme de ralentissement moteur simple), le tout réalisant, en raccourci, une forme de psychose périodique.

Il nous apparaît — mais cela ne peut être vérifié que par une expérience plus longue que celle que nous avons — que les malades atteints de déséquilibre endocrinien, et plus spécialement thyroïdien, tendent à évoluer dans le sens maniaco-dépressif.

Nous décrirons, peut-être un peu artificiellement séparées, des formes où prédomine l'anxiété, et des formes à prédominance de symptômes maniaques.

A. — Il est vraisemblable — et cela, nous ne pouvons l'affirmer que sur la foi de certificats — que les périodes d'anxiété soient précédées de quelques jours d'un état aigu, avec hallucinations frustes, non systématisées en délire ; peut-être même existe-t-il une

ébauche d'état confusionnel ; puis, c'est une sorte de bouffée polymorphe, où se rencontrent les symptômes psychiatriques les plus variables ; influences, cœnesthésies non dépersonnalisées, ou dépersonnalisées. Automatismes mentaux, automatismes moteurs ; négativisme, etc...

Tout cela, imprécis, ne dure que quelques jours.

L'insomnie est totale.

La céphalée à peu près constante.

Puis s'installe un état d'anxiété.

Anxiété non pas du type de la grande anxiété, plus confusionnelle que délirante que nous avons décrite dans les formes encéphalitiques, mais anxiété plus ou moins délirante, et généralement dans le sens d'une exagération, plus ou moins considérable, de préoccupations normales, conscientes ou subconscientes (rapt d'un enfant par un mari violent, auto-accusation d'une femme acariâtre...).

— L'évolution se fait par oscillations : accalmies, reprises d'anxiété, de moins en moins importantes ; puis un état de doute, de perplexité ; une réadaptation au milieu extérieur ; une conscience progressive de l'état pathologique antérieur ;

En quelques semaines, quelques mois au plus, la guérison est complète.

B. — Plus diverses sont les formes de type maniaco-dépressif : depuis la simple excitation coléreuse, avec troubles profonds du caractère, du comportement et de l'humeur (assez semblables à des troubles comitiaux, ou bien post-encéphalitiques), vociférations, grossièretés, violences, de rythme périodique variable, jusqu'à l'état maniaque assez bien caractérisé, avec excitation verbale et graphique, incoercible, et dont la richesse, dépassant les possibilités intellectuelles du sujet, affecte une apparence délirante et désadaptée : fuite des idées, modifications de l'humeur, soit coléreuse, soit expansive et gaie ; troubles du comportement social ; bizarreries ; homosexualité, chez une malade. (Qu'on nous permette cette parenthèse, au sujet de cette dernière malade, Mlle P..., car les faits nous semblent notables : deux accès d'excitation furent déclanchés chez elle par deux interventions thérapeutiques de nature différente, l'une physique : phrénicectomie, l'autre chimique : chrysothérapie. L'une donna un état d'excitation

avec négativisme (areligiosité, méfiance, hostilité), l'autre, une excitation avec hyperexpansivité (religiosité excessive, besoin de confession, érotisme). Insistons sur ce fait, que le premier accès ne saurait être confondu avec un état mélancolique : la malade manifestait avec un entêtement énergique, une force réactionnelle physique très tendue, qui différenciait bien cet état d'une authentique crise de dépression, avec inhibition et relâchement du tonus, à laquelle nous avons assisté chez Mlle P... aussitôt après son accès de type maniaque.)

Le rythme oscillatoire maniaco-dépressif, se déroule irrégulièrement, capricieusement. Parfois, le passage d'un état à l'autre se fait avec une rapidité déconcertante. Parfois, c'est un véritable état mixte.

Mais dans ces formes, comme dans les précédentes, l'évolution est relativement brève (quelques mois, ou quelques semaines). Le retour à l'intégrité mentale est complet.

L'évolution n'est pas seule à différencier ces états des psychoses maniaco-dépressives typiques : à la vérité, ce sont plutôt des nuances, dont l'ensemble donne une impression clinique sensiblement différente des psychoses périodiques : nous n'avons pas observé cette jovialité familière, cette légèreté, cette insouciance, par quoi s'annonce dès l'abord le maniaque ; ni ce débit verbal que chaque assonance fait rebondir vers une autre pente, qui s'accroche à tout et ne s'arrête à rien : ni la persistance au cours des journées, de ces états ; l'infatigabilité de ces malades.

Nous savons bien, sans doute, que toutes sortes de tableaux cliniques, les plus dissemblables, peuvent légitimement être rangés dans le vaste cadre des psychoses maniaco-dépressives : et si on veut, on y rangera aussi nos cas : peut-être la question de l'étiologie résolue, l'importance de ces nuances s'effacera complètement, et la classification s'établira d'elle-même d'autre manière).

— Etudions maintenant les rapports évolutifs entre les deux groupes symptomatiques : troubles mentaux, tuberculose.

Cliniquement, la coïncidence est constante, dans les cas dont nous nous occupons, non pas l'apparition de, mais la réactivation d'une tuberculose (quelle que soit la cause déterminante de cette réactivation : psychique, chimique, physique, traumatique) avec l'apparition de troubles mentaux.

Nous posons dès maintenant ce principe : *que ce n'est ni la tuberculose elle-même, ni les causes réactivantes en elles-mêmes, qui provoquent les accidents mentaux, mais la forme particulière, la nature même de la réactivation.*

Les cas où une évolution spontanée des lésions pulmonaires se produit, ne nous paraissent pas devoir être séparés de ceux où cette évolution est provoquée, ou intensifiée. (Nous prenons le sens évolution dans son sens le plus large : réactivation, fût-ce simplement du pouvoir toxique du bacille, sans qu'il y ait forcément dissémination ou pullulation, et manifestée ou non par une fixation secondaire organique.)

Les évolutions spontanées ont en effet un caractère de brusquerie et de surprise, alors que les lésions semblaient fixées et en bonne voie de guérison ; est-ce à cause d'un brusque fléchissement de la résistance organique, ou d'une reprise spontanée de l'activité bacillaire latente, s'agit-il d'une association microbienne ? Nous ne savons. Il ne faut, à notre avis, négliger aucune des causes possibles déterminantes : toutes ont leur importance.

Ainsi s'expliquera peut-être, que ces évolutions et ces réactivations, en somme assez banales, puissent donner des troubles mentaux.

Dans le cas particulier des deux réactivations spontanées que nous rapportons (cas n° 12 et n° 10) la première malade semble fragilisée par une hérédité nerveuse lourde ; pour la seconde malade, nous ne voyons pas autre chose que le rôle psychique de la fatigue, l'inquiétude, l'insomnie volontaire prolongée, l'angoisse amoureuse, préparant un terrain assez dépourvu de résistance, pour qu'il soit imprégné facilement par une massive décharge de toxine, soudain libérée d'un foyer ouvert.

Pour les autres cas, notons la diversité des facteurs réactivants :

1°) Avortement thérapeutique (cas n° 9).

On nous dira que seul, l'avortement pouvait donner un syndrome comme celui que nous avons observé ; que le rôle de la tuberculose n'est ainsi pas du tout certain étiologiquement ?

Sans doute. Mais il resterait à démontrer que dans les cas où un traumatisme ou un shock intéressant le système génital, détermine des troubles mentaux, il n'y a aucune association infectieuse ou toxique ?

Il est plausible, et moins hypothétique, de faire jouer un rôle à l'infection : et dans le cas présent, le réveil d'une toxicité particulière du bacille, nous paraît l'explication la plus satisfaisante.

L'association de deux causes déterminantes : shock génital et tuberculose, a peut-être contribué à donner un aspect et une évolution atypiques aux troubles mentaux ?

C'est pour nous, en effet, un principe général, qu'une évolution physiologique normale, qui dans des circonstances habituelles, n'a pas de retentissement sur certaine fonction de l'organisme, ne peut être, même quand elle paraît être, par sa coïncidence, seule déterminante, rendue seule responsable de troubles de cette fonction.

A l'écrire, cela nous semble une lapalissade. Mais nous nous sommes heurtés trop souvent à des déductions d'une rapidité et d'une paresse telles, que nous ne pouvons pas, de quelque naïveté qu'on nous taxe, ne pas insister lourdement sur ce point.

Ainsi, il est bien entendu que nous ne donnons pas ici l'avortement (pas plus que nous ne donnions dans un précédent chapitre l'apparition des règles) pour une cause directe, mais comme une cause réactivante d'une activité infectieuse ou toxique, plus ou moins latente.

De même pour :

Les traitements chimiques, et en particulier : l'aurothérapie. Nous sommes absolument de l'avis de Hinault et Mollard, que les sels d'or ne sauraient à eux seuls donner de troubles mentaux (encore signalent-ils eux-mêmes certains cas de nervosité coléreuse extrême pendant l'administration de traitements auriques).

Mais (et c'est pour nous un argument non sans valeur en faveur de la spécificité de l'action des sels d'or) nous pensons que leur administration inconsiderée, ou trop hâtive, ou peut-être même selon les règles techniques les plus autorisées, peut, chez certains sujets dont le système nerveux est, pour une raison quelconque, fragilisé (nous pensons surtout à l'hérédité), réveiller une réaction, peut-être de défense, toxique, du bacille de Koch, qui, disséminé dans l'organisme, se fixe sur les tissus de moindre résistance — chimique ou biologique.

Ainsi nous voyons nous-même s'ajouter une condition, pour la

production de troubles mentaux par la toxicité réveillée du bacille : c'est un terrain réceptif.

Nous reviendrons sur ce sujet au chapitre thérapeutique.

Rappelons quelques faits cliniques au sujet de la réactivation de toxicité par aurothérapie :

OBS. n° 12. — Mlle P... nous dit spontanément qu'après les premières injections de sels d'or (accompagnées de troubles hépatiques) elle s'est sentie de plus en plus nerveuse et déséquilibrée. Nous avons vu de quelle façon ce déséquilibre a évolué.

OBS. n° 13. — Mlle R..., spontanément également, nous dit qu'elle ne se « domine plus » après les premières injections de sel d'or (un peu hâtives, et de dose assez massive, nous semble-t-il).

OBS. n° 5. — Mlle J... avait ressenti des troubles assez semblables à ceux que signalent Hinault et Mollard : irritabilité, tremblement, bégaiement, précédant une série de sels d'or.

Mêmes observations en ce qui concerne les traitements par le pneumothorax artificiel :

Deux fois, le pneumothorax unilatéral fut assez bien supporté, mais non sans modifications de la personnalité. Et il apparaît nettement que la bilatéralisation ait aggravé le déséquilibre mental.

OBS. n° 6. — Apparition de troubles mentaux graves après les insufflations bilatérales.

OBS. n° 14. — Nervosité, irritabilité après les insufflations d'un seul côté. Apparition de troubles graves après l'instauration du second pneumothorax.

Phrénicectomies. Cette intervention semble assez mal supportée ; et ce fait s'explique assez facilement chez des sujets en état de déséquilibre vago-sympathique, et d'instabilité.

OBS. n° 12. — Mlle P... subit, après une phrénicectomie, une transformation complète de sa personnalité (areligiosité, hostilité, méfiance).

OBS. n° 8. — Mlle S..., sensation subjective de nervosité extrême, tremblements, insomnie, irritabilité, après une phrénicectomie...

D'autres interventions sont, pour nous, bien capables de déterminer les mêmes réactions (appendicites opérées, qui en réalité sont des localisations intestinales ou péritonéales de tuberculose (obs. n° 2).

Mais nous savons aussi que dans de très nombreux cas, toutes ces interventions n'ont donné aucun trouble ?

Sans doute, il eût été intéressant de constater, par des examens de laboratoires, s'il n'y avait pas, au moment des troubles mentaux, de dissémination bacillaire, sanguine ; mais, n'eût-on rien constaté du tout, que cela n'eût pas modifié notre opinion : rien ne nous dit, en effet, que ce soit même une forme atypique du bacille, décelable seulement par des techniques spéciales et des cultures, que nous devons mettre en cause : nous connaissons l'action à distance du bacille (polynévrites) et cette action est purement toxique.

C'est en précisant ces questions que nous aurions quelque chance de vérification efficace :

— Variations du pouvoir toxique, ou conditions de sécrétion toxique du bacille de Koch.

— Conditions de fixation chimique des toxines sur les différents tissus, en particulier, du tissu nerveux (dans le sens où Guy Laroche avait, avec d'autres, conduit ses expériences).

— Rôle des associations microbiennes.

— Rôle filtrant des plexus choroïdes, en ce qui concerne particulièrement les toxines tuberculeuses.

— Mode de dissémination, sanguine, ou nerveuse, des toxines tuberculeuses.

Autant de questions dont la solution pourrait nous apporter, non seulement pour le problème particulier qui nous intéresse, mais pour le mode de production des troubles mentaux en général, d'utiles indications.

Notre rôle s'est borné à établir des relations cliniques, grossières sans doute, mais évidentes.

Nous avons essayé de les décrire avec le plus d'exactitude pos-

sible, pour que ces faits puissent être repris et étudiés à nouveau, à la lumière des acquisitions scientifiques de demain.

Pour le moment, qu'il nous suffise de proposer une explication possible : de la fixation d'une toxine, par réactivation du pouvoir toxique du Bacille de Koch, sur le tissu nerveux ; du retentissement glandulaire direct ou indirect, donnant une coloration particulière à l'état ainsi créé, par des troubles de la conduction nerveuse (inhibition ou hyperconductibilité) : coloration qui se traduit cliniquement par un polymorphisme, dont on aurait tort, à notre avis, de trop tenir compte, à moins que pour le ramener à sa cause organique ; de la réactivation, par cette imprégnation toxique, de troubles dus à des lésions plus anciennes (épilepsie ou encéphalites) (voir plus loin).

Il se peut qu'il n'y ait, de ces formes cliniques aux formes décrites plus haut, que des différences de degré d'imprégnation. Cela nous paraît vraisemblable, mais impossible encore à affirmer.

CHAPITRE VI

De la démence précoce, dans ses rapports avec la tuberculose.

OBS. n° 16. — Mlle F..., 27 ans.

Pas d'autre antécédent familial connu qu'un père nerveux.

Enfant gaie et pleine d'entrain, mais nerveuse, impressionnable.

Pas d'autre maladie d'enfance que la rougeole.

Scarlatine à 20 ans ; convalescence courte et reprise de travail (modiste) trop rapide. Fatigue intense. Mlle F... consulte à un dispensaire ; on trouve un sommet pulmonaire suspect.

Séjour en sanatorium.

Après une imprudence, une pleurésie se déclare.

Nouveaux séjours en sanatorium, coupés de périodes où la malade se soigne chez elle.

Nous avons peu de renseignements sur la topographie et l'intensité des lésions pulmonaires à ce moment.

Un avortement thérapeutique, sans accidents mentaux.

Six ans après le début de la tuberculose pulmonaire, sans cause déterminante bien apparente (ni traitement énergique, ni poussée évolutive, ni modifications en quoi que ce soit de l'existence) alors qu'elle est en sanatorium, un peu anémiée, et soucieuse par amour, elle voit sa gaieté d'autrefois disparaître complètement.

Et assez brusquement, s'installe un état de confusion, après une période d'anxiété vague, avec jalousie, auto-accusation, persécution imprécise, insomnie, hallucinations, *sensiment de transformation physique de personnalité*. Le tableau est rapidement celui d'une hébéphrénie à son début :

état anxieux hallucinatoire persistant, confusion partielle, opposition, résistance, ou bien hébétude, idées délirantes plus ou moins systématisées, étrangeté du monde extérieur. (Juin 1935.)

C'est encore ce que nous constatons à l'entrée de Mlle F... dans notre service (un mois après le certificat précédent) :

Etat partiellement confusionnel, rêve éveillé, étrangeté. fausses reconnaissances. Influence physique et psychique, transformation de la personnalité (grandissement). Brûlures ou froid. Vertiges. Anxiété. Instabilité psycho-motrice. Vagues hallucinations auditives et visuelles (zoopsies). Ebauche de systématisation d'un délire de poursuite et de persécution.

Impulsivité.

Affectivité profondément troublée. Indifférence familiale.

Interprétations de l'attitude de sa famille vis-à-vis d'elle.

En ce qui concerne la *tuberculose* :

Tuberculose pulmonaire bilatérale, ulcéro-caséuse, évolutive, à prédominance gauche. Bacilloscopie positive.

Etat général bien conservé.

A l'anxiété succède une période de gaité paradoxale, d'indifférence, de bizarreries, d'inertie, de fatigue psychique.

Repliement sur soi, désadaptation.

Inconscience de sa situation.

Puis, des périodes d'agitation impulsive et coléreuse.

Inconscience complète de son état. Revendications. Inso-ciabilité. Rigidité psychique. Ironies.

Réclame sa famille, et la reçoit mal (coups).

Poussée évolutive pulmonaire en Décembre.

Les lésions pulmonaires s'accompagnent de troubles gastro-intestinaux.

Cependant, opposition, bizarreries s'atténuent, à mesure que l'état général fléchit.

Persistent des troubles du caractère, une impulsivité fréquente, une sorte de résignation discordante, une irritabilité morbide, une indifférence affective marquée, malgré une

présentation extérieure assez plaisante, et superficiellement adaptée.

L'évolution pulmonaire fut assez rapide, s'accompagnant de cachexie.

Mort en asphyxie, après que les troubles mentaux se fussent de plus en plus atténués.

*
**

OBS. n° 17. — Mlle L..., 27 ans.

Peu de renseignements sur la famille. Cinq sœurs, dont une en préventorium. Parents bien portants.

Antécédents personnels : strabisme de l'enfance. A 8 ans, séjour de six mois à Hendaye.

A 17 ans, tuberculose pulmonaire banale, après une période de grande fatigue. Période d'abattement et de tristesse.

Un an en préventorium, puis sanatorium.

Essai de pneumothorax artificiel en 1929 : liquide, et symphyse rapide, après abandon des insufflations.

Phrénicectomie en 1931. Sels d'or.

Aucun accident mental, sinon l'impression passagère « que la phrénicectomie avait changé quelque chose en elle ».

C'est en 1935 seulement que se constitue en quelques mois, sans raison apparente, l'état que décrit ce certificat :

« Anxiété sans cause. Sentiment d'étrangeté permanent. Désintérêt de l'ambiance. Rêveries imaginatives longtemps poursuivies, en rapport avec des pensées mystiques, mais sans grande variété. Antisme pauvre. Reploiement. Absence de contact social, incapacité de toute activité utile. A l'hôpital, il n'a pas été possible, malgré plusieurs essais, de l'employer à quelque besogne que ce fût, soit au ménage, soit dans sa profession de brocheuse.

Inertie. Sourires discordants.

Réponses brèves, associations très courtes, parfois barages. Examen neurologique négatif. »

Depuis, tandis que la tuberculose reste torpide, fermée, d'apparence cicatricielle (image de lobite supérieure droite ancienne, avec attraction du pédicule cardio-vasculaire, dextrocardie. Intégrité du champ gauche, à part quelque densification des tractus périhilaires) l'état mental oscille :

De brèves reprises d'activité, entrecoupée de torpeur, de rêveries souriantes ;

Quelques périodes d'anxiété gémissante avec larmes, qui ne se rapportent pas, d'ailleurs, à des événements dont elle aurait lieu de s'inquiéter : par exemple la mort tragique de sa sœur, qu'elle apprend avec indifférence, en disant « Sait-on jamais ?... ».

Sentiment d'irréalité du monde. Incompréhension de la signification exacte des événements. Désadaptation complète, actuellement, elle est assise sur son lit, immobile, souriante, sans réaction, figée, tantôt docile, tantôt opposante, gâteuse.

Fixité des lésions tuberculeuses.

*
**

Obs. n° 18. — Mlle H..., 22 ans.

Antécédents familiaux : ni tuberculose, ni troubles mentaux.

Antécédents personnels :

Rougeole à 4 ans.

Rhumatisme articulaire à 9 ans ; autres crises à 10 ans, puis à 16 ans.

Opérée de végétations à 10 ans.

Réglée à 11 ans.

Forte grippe en 1929, à manifestations pulmonaires. Aussitôt après, apparition de la tuberculose pulmonaire.

Séjour au sanatorium de Groslay, d'Avril 1929 à Juillet 1931.

De Juillet 1931 à Octobre 1931, séjour aux Glandiers, où la malade est traitée à la tuberculine.

C'est à son retour des Glandiers qu'elle aurait changé de caractère : elle se montre renfermée, préoccupée de sa santé plus que de coutume.

Le début apparent des troubles mentaux est brutal :

Le 18 Décembre 1933, alors que la malade est en période de règles, on lui apprend la mort de son grand-père ; alors se produit une crise de larmes avec anxiété violente, et propos décousus.

Elle ne dort plus, ou, si elle dort, a des cauchemars.

L'anxiété est continue. Hallucinations génitales.

Début de systématisation d'un délire de poursuite.

Peur de mourir.

Séjour à la Salpêtrière de Janvier à Juillet 1934. Opposition et négativisme.

Sortie sur la demande de ses parents (incompréhensifs et butés ; elle est replacée à Beaujon, pour son état pulmonaire ; le séjour en hôpital s'avère impossible, en raison de « troubles mentaux graves, avec négativisme, refus de nourriture » (Docteur Kindberg).

Depuis, tous les certificats sont catégoriques :

« Ilébéphrénie délirante, avec idées d'influence, violences, guet-apens, électricité, poursuites.

Discordance, maniérisme, changement total d'attitude avec les proches. Impulsivité. Apragmatisme. »

Lésions pulmonaires peu importantes, localisées au sommet gauche, sans tendances évolutives. Apyrexie. Absence de tout signe fonctionnel. Etat général satisfaisant. Evolution des troubles mentaux par bouffées, dont les intervalles permettent parfois un séjour au milieu d'une famille entêtée, et qui ne comprend l'état de la malade que lorsque celle-ci se livre à quelque violence impulsive.

Depuis deux ans, l'état mental n'a pas varié :

Désinsertion totale du réel. Absence de contact social. Apragmatisme. Inertie. Discordances. Impulsivité. Gâtisme intermittent.

Crises anxieuses de moins en moins fréquentes.

Evolution vers une sorte de stupeur souriante, une régression à un état purement végétatif.

L'état pulmonaire, par contre, s'est amélioré, au point que les lésions anciennement évolutives ont un aspect nettement cicatriciel, représenté par de simples densifications de

la trame bronchique, bordée, dans sa partie apicale gauche, de nodosités très petites et très opaques.

Ni toux, ni expectoration.

Obésité récente.

*
* *

OBS. n° 19. — Mlle L..., 32 ans.

Aucun antécédent familial psychique ou tuberculeux connus.

Peu de renseignements sur l'enfance.

Première manifestation de troubles mentaux il y a six ans : crise d'anxiété, suivie d'un état de dépression mélancolique pendant un mois.

Depuis, jusqu'il y a deux ans, on sait peu de chose. La malade était d'humeur peu expansive, réservée et distante.

Notion, en Mars 1933, d'une seconde période de dépression après quoi l'état mental se serait progressivement modifié, jusqu'à aboutir, en Août 1933, à un bouleversement sensible de la personnalité.

Refus d'alimentation immotivé, ou expliqué par des craintes d'empoisonnement. Désadaptation. Incohérences (elle veut organiser un bal à l'Opéra ; fait une démarche à l'Elysée).

Placée alors à Henri-Rousselle, où on note :

« Syndrome de démence précoce. Inactivité. Attitude et sourires discordants. Indifférence affective. Maniérisme. Oppositions. Réticences. Vagues idées d'influence. Se sent par moment poussée à faire certaines choses. Idées de persécution contre sa sœur. Incohérences. Contradictions. Idées de grandeur et de filiation... Moments d'excitation. »

En 1936, l'état mental est resté le même, de plus en plus désadapté.

Activité capricieuse, incohérente : confettis par milliers (avec de vieux journaux) classés par paquets de dix. Indifférence souriante. Asociabilité calme.

Tuberculose pulmonaire de début insidieux. Amaigrissement, sans signes fonctionnels. Découverte d'examen radio-

logique : tuberculose pulmonaire unilatérale : voile diffus de la totalité du champ gauche, respectant la base et le sinus, d'apparence mal homogène dans les régions hilaires et sous-claviculaire.

Reprise de poids progressive.

*
**

OBS. n° 20. — Mlle R..., 27 ans.

Antécédents familiaux : mère morte aliénée.

Rien à signaler dans les antécédents personnels...

Premier internement : Novembre 1932.

Mlle R... était alors malade depuis six ans : état de tristesse habituelle. Persécution amoureuse. Hallucinations visuelles stéréotypées, à contenu érotique. Incapacité progressive de toute activité utile. Réactions de défense et de protection ; asociabilité ; anxiété ; agitation intermittente ; violences, cris. Idées de suicide.

Réactions humorales négatives.

Sortie non guérie, sur la demande de sa famille.

On hésitait alors entre les diagnostics d'excitation anxieuse, symptomatique d'une hébéphrénie débutante, et une psychose paranoïde.

Un second internement suit de près cette sortie inopportune.

Aux symptômes déjà cités s'ajoute un élément certain de discordance.

Persécution. Hallucinations très actives. Stéréotypies. Inertie. Impulsivité. Gâtisme.

Puis : mutisme, anxiété intermittente, indifférence.

Ainsi se présente la malade en 1936, où elle est envoyée dans notre service pour tuberculose pulmonaire.

Alors que jusqu'ici des examens radiologiques en série n'avaient montré que des images de sclérose diffuse, un dernier examen (Juin 1936) révèle l'apparition de taches floconneuses suspectes, étendues autour du hile droit.

Cependant, aucun signe clinique, aucun signe fonction-

nel. Vérification bactériologique impossible : expectoration nulle. Etat général stationnaire, après un amaigrissement progressif.

Etat mental peu modifié. Reprise passagère d'une activité incohérente. Parfois, éclipses rapides de lucidité.

*
* *

OBS. n° 21. — Mlle D..., 23 ans.

Antécédents familiaux :

Grand'mère paternelle aliénée ;

Grand-père paternel alcoolique.

Antécédents personnels :

Entérite grave à 1 mois ;

Phosphaturie à 4 ans ;

Rougeole à 5 ans « peuplée de cauchemars nocturnes et pénibles qui la réveillaient et la faisaient pleurer vingt minutes chaque fois » ;

Varicelle à 8 ans ;

Scarlatine (albuminurie) à 10 ans ;

Congestions pulmonaires à 11 et 14 ans ;

Constipation opiniâtre habituelle.

Rousse.

Jeune fille affectueuse et sensible.

Adolescence sans histoire.

Début des troubles mentaux en 1928.

« Autrefois toujours rêveuse, elle est devenue absorbée, délaisse la lecture, le travail, reste inoccupée et refuse parfois de se lever, sous prétexte qu'elle ne se sent pas bien. Puis des mouvements nerveux sont apparus, pouvant laisser croire à de la chorée. Elle a commencé à frapper les meubles, à rire, à pleurer par intermittences. »

Ensuite, longue période où se manifestent des idées de persécution, des hallucinations impératives. Dédoublement de personnalité, en une bonne et une mauvaise. Souvenir d'amour contrarié.

En 1932, on l'interne. Le certificat est ainsi conçu :

« Démence précoce avec stéréotypies et maniérisme. Refus d'aliments. Négativisme et impulsions par intervalles. Hallucinations, monologues, grimaces.

Réflexes rotuliens exagérés.

Incohérences. Indifférence. Sourires. »

En 1934, un épisode grippal avec localisations pulmonaires précède une évolution tuberculeuse (avec présence de bacilles de Koch dans l'expectoration) ; signes sthétacoustiques bilatéraux. Peu de retentissement sur l'état général.

Aucune influence sur l'état mental, qui paraît définitivement fixé.

Traitement aurique bien supporté.

A l'entrée au Pavillon des tuberculeuses :

L'état général est bon.

Aucun signe fonctionnel ni clinique d'affection pulmonaire.

L'exploration radiologique ne montre qu'une diminution de la transparence des sommets (qui disparaîtra dans les mois suivants) et un aspect vague de sclérose diffuse. (Il n'y avait pas eu d'examen radiologique au moment des accidents aigus.)

Le poids se maintient sans variations depuis l'entrée dans notre service.

L'état mental est celui d'une démente inactive, incohérente, impulsive, gâteuse, en proie, semble-t-il, à une activité hallucinatoire incessante.

Rires explosifs. Erotisme impulsif.

*
* *

OBS. n° 22 .— Mlle D..., 45 ans.

Antécédents familiaux : aucun cas semblable dans la famille. Mais grande nervosité en général.

Mlle D... est la dixième de onze enfants.

Parmi eux, 2 sont morts de méningite, 1 mort de tuberculose, 1 mort de cardiopathie.

Mlle D... était d'une intelligence au-dessus de la normale : artiste, musicienne ; d'instruction solide.

Dévouée pour tous.

Elle a toujours souffert beaucoup de l'intestin, pour quoi elle absorbait quantité de remèdes.

Violentes crises douloureuses, et hémorragies abondantes lors des règles.

Début des troubles assez brutal, en Juillet 1929 :

Crises de larmes, anxiété violente, hallucinations, après une période de sensibilité excessive, d'« exagération », de tristesse, de dépression, de perte d'appétit et d'insomnie.

Internée dès Juillet 1930.

Restait alors parfois dans un état de rigide immobilité, sans pouvoir parler.

Peu à peu, et après des rémissions passagères, constitution d'un état typique de démence précoce catatonique, avec dépression profonde, mutisme, ou délire mélancolique.

En 1932 : pleurésie ; guérison sans retentissement sur l'état mental.

En 1933 : même état « démence précoce à forme catatonique. Inertie motrice.

Hypertonie. Rigidité du masque.

Explosion brusque de gestes et d'expressions.

Mimique, impulsions stéréotypées.

Mutisme habituel. Incurie. Inconscience de sa situation.

Ethérisation négative.

Activité délirante pauvre, de tonalité mélancolique, à thèmes mystiques.

Incapacité de tout effort mental efficace.

Distractions. Viscosité mentale. Atonie intellectuelle.

Pas de syndrome parkinsonien caractérisé.

Crise d'agitation anxieuse par intervalles.

Traitée par impaludation, métallothérapie, narcothérapie, schocks, sans résultat.

Menstruations régulières. Poids stationnaire.» (Docteur Ey).

Cet état se maintient sans aucune modification jusqu'à

la fin de la vie, coloré d'anxiété, et caractérisé par un syndrome d'hypertonie et de rigidité musculaire.

Amaigrissement, mouvement fébrile en Juin 1935.

Tuberculose pulmonaire rapidement évolutive, bilatérale ; cachexie et mort en quatre mois, sans modification de l'état mental.

(Acétonémie sans glycosurie.)

*
**

OBS. n° 23. — Mlle D..., 24 ans.

Antécédents familiaux : un cousin germain de la mère interné dans les mêmes conditions que la malade.

Antécédents personnels :

Ictère à 7 ans.

Grippe intestinale : 1930.

Réglée à 14 ans : énervement au moment des règles.

Affectueuse, timide, impressionnable.

Début des troubles mentaux en Juillet 1933, lent et progressif, après une intervention pour appendicite. Mlle D... s'est alors « laissée aller sans réagir, croyant tous les jours qu'elle allait mourir ».

Troubles du sommeil, cauchemars. Anxiété onirique.

Peut-être illusions oniriques, ou hallucinations.

Mauvaises odeurs.

Étourdissements et vertiges (Novembre 1933).

Quelques idées de suicide. Ebauche de négativisme.

De Décembre 1933 à Janvier 1934, Mlle D... reste en observation à la Salpêtrière, puis, reprend la vie familiale, un peu améliorée, mais non guérie, pendant un an.

Un jour, elle va sans raison à la consultation de Saint-Antoine, y divague ; on l'envoie à Sainte-Anne.

Le 19 Février 1935, un certificat d'admission est ainsi conçu :

« Troubles mentaux caractérisés par des propos incohérents, sourires non motivés, grimaces, maniérisme, inconscience de la situation. Discordance ; opposition. »

En Juin 1935, affaiblissement, et fléchissement de l'état général.

Les examens physiques sont rendus presque impossibles par l'opposition et l'agitation anxieuse de la malade. On peut déceler pourtant — sans précision — une tuberculose pulmonaire bilatérale, ulcéro-caséuse, d'évolution rapide, en hyperthermie.

Mort un mois après l'entrée dans le service, par extension et généralisation du processus tuberculeux nécrosant ; stupeur et négativisme complets.

*
* *

Obs. n° 24. — Mlle Do..., 24 ans.

Antécédents familiaux :

Grand-père paternel suicidé ;

Père alcoolique ;

Sœur morte tuberculeuse.

Antécédents personnels :

Zona à 12 ans.

Scarlatine, dont Mlle D... ne s'est jamais bien remise.

Intelligence assez vive.

Caractère irrégulier, fantasque, irritable.

Troubles mentaux progressifs, mais dont les manifestations n'ont été vraiment remarquées par l'entourage qu'il y a un an.

« Parfois, dit la sœur de la malade, P.. est dans la lune, et on dirait qu'elle devient folle. »

Caractère de plus en plus asocial.

« Souvent fiévreuse ». Et cependant, malgré des examens répétés, on ne peut mettre de tuberculose en évidence.

Après la mort de sa sœur, Mlle Do... s'occupe d'occultisme ; puis une anxiété diffuse apparaît.

Rupture immotivée avec un ami.

Déjà, elle se sent inquiétée et poursuivie.

Le 6 Février dernier, elle se jette sous le métro.

Transportée à Necker, elle y présente un état d'agitation délirante, avec gestes désordonnés ; elle crie qu'elle a fait une découverte.

Influences ; fluides.

Elle croit pouvoir faire des miracles. Propos mystiques et obscurs...

En Mai 1935 : mutisme, impulsivité, grimaces.

Amaigrissement : il est probable que l'imprégnation tuberculeuse date de cette époque.

On ne vérifie la tuberculose pulmonaire, radiologiquement, qu'en Juillet 1935 ; elle est déjà bilatérale.

L'évolution est rapide, en hyperthermie. La bacilloscopie montre la présence de nombreux bacilles de Koch dans l'expectoration.

Mort en deux mois par extension des lésions, sans que l'état mental (apathie, inertie, docilité, approbativité, indifférence, vague optimisme de façade) soit modifié.

*
**

OBS. n° 25. — Mlle A..., 34 ans.

Antécédents familiaux :

Grand-père paternel : maladie de foie ;

Grand'mère paternel : anémie cérébrale ;

Grand'mère maternelle : mort subite à 45 ans.

Petite enfance normale, malgré un retard de développement.

Toujours faible et pâle depuis l'enfance.

Méningite à l'âge de cinq ans.

Écoulements derrière les oreilles (ganglions suppurés ?).

Très fréquents maux de tête.

Règles douloureuses, à partir de 13 ans.

Instruction moyenne.

Aptitudes professionnelles suffisantes : sténo-dactylo.

Depuis plusieurs années, changement de caractère ; affectivité moins ouverte ; irritabilité.

Difficultés dans le travail, par troubles de l'attention.

Préoccupations hypochondriaques (souffre de l'estomac).
Jalousie morbide.

Un brusque accès de confusion anxieuse avec agitation se produit, sans cause apparente, dans la nuit du 21 Novembre 1925.

Internée jusqu'en Août 1926, après atténuation de la confusion, mais il n'y a qu'amélioration, et non guérison.

Une impulsivité de plus en plus violente fait réinternier Mlle A... en Octobre 1929.

Le diagnostic de démence précoce est posé.

« Apragmatisme complet. Incapacité absolue de travailler.

Indifférence affective.

Haine familiale.

Craintes de la maladie ; croit être empoisonnée par les microbes. Mauvaises odeurs.

Voit sa figure changée ; ses mains aussi sont transformées. Son père, lui aussi, est tout changé.

Tout le monde lui en veut.

Propos maniérés, sourires, tout en racontant qu'elle est rongée par les bêtes, « c'est sa grande faiblesse ».

Pâleur.

Aurait eu de l'encéphalite léthargique... (C'est tout ce que nous savons sur cette encéphalite.)

La maladie évolue, jusqu'en 1935, vers une confusion complète, avec mutisme, parfois agitation catatonique, déchéance organique, accentués encore par l'apparition, en 1935 (dix ans après le début des troubles mentaux), d'une tuberculose pulmonaire rapidement ouverte.

Geodes de dimensions moyennes sous-claviculaires gauches.

Bacilloscopie positive.

L'état de cachexie de la malade est effrayant.

Les lésions pulmonaires, accompagnées de troubles gastro-intestinaux, évoluent, avec des poussées fébriles, en plusieurs mois.

La malade meurt, en Décembre 1935, plutôt d'intoxication de l'extension mécanique des lésions ; celles-ci sont

étendues à tout le poumon gauche, mais ébauchent seulement une dissémination à point de départ hilaire, au poumon droit.

Aucune modification de l'état mental.

*
**

OBS. n° 26. — Mlle Ph..., 34 ans.

Pas de renseignements sur les antécédents familiaux ni sur l'enfance.

Malade internée en 1926, pour un état d'agitation anxieuse, avec tristesse, mutisme, opposition, impulsions, colères, idées d'indignité et de persécution.

On ne parle pas encore de démence précoce, mais de « débilité mentale, avec idées hypochondriaques, et obnubilation intellectuelle ».

Depuis, nous ne savons rien de ce qui s'est produit dans l'histoire de la malade ; elle n'est pas sortie de l'Asile.

En 1933, on aurait noté une infiltration tuberculeuse des deux sommets.

La malade reçut alors plusieurs séries de sels d'or.

Elle arrive dans notre service en 1935, avec le diagnostic de schizophrénie avec excitation périodique.

Discordante, malveillante ; docile ou brusquement, et sans raison, opposante ; désinsérée ; inactive.

Gestes stéréotypés (figurant des gestes professionnels de couture, mais inadaptables à une fin pratique) ; elle refait sans cesse, avec une aiguille imaginaire, un interminable ourlet.

Attitude, et dialogues hallucinatoires fréquents.

Parole difficilement saisissable.

Parfois, agitation incoordonnée ; ou bien promenades, avec un air absent, dans les couloirs.

Saleté ; négligence.

Désadaptation et isolement complets. Rétraction hostile.

Conscience, qui paraît paradoxale, de son état : « Je suis ici, dit-elle, parce que je suis folle ».

En fait, elle semble garder une espèce de conscience rudimentaire, fragmentaire, de la vie normale, qu'elle exprime par à-coups, dans quelques phrases — rares, cohérentes.

La tuberculose pulmonaire, torpide, à l'entrée, et sans retentissement sur l'état général (aucun signe fonctionnel, le minimum de signes physiques, et seule, à l'examen radiologique, la notion de modifications de la densité du parenchyme, bilatérales, sans localisations précises de taches ou d'espaces clairs) la tuberculose, donc, se réactive, sans que rien ait changé dans l'existence de la malade.

Le poids fléchit, l'état général s'altère.

Les lésions s'excavent rapidement.

La fièvre monte.

L'état mental cependant, semble se rapprocher de plus en plus d'une schizophrénie, au sens éthymologique :

Séparation, volontaire, de tout entourage proche ou lointain. Absence totale de préoccupation sociale. Isolement total. Inactivité absolue ; on n'a l'impression ni de confusion, ni de démence. La malade, nous l'avons dit, se rend compte de la gravité de son état mental, mais aussi de son état organique ; elle n'en manifeste rien d'autre qu'une indifférence lassée, et le désir qu'on ne l'ennuie pas avec des soins qu'elle sait inutiles.

Dans l'ensemble, comme nous l'avons observé plus d'une fois, la déchéance physique, irrémédiable, s'accompagne d'un apaisement des troubles mentaux, d'une ébauche de retour à la normale, d'une sorte de reprise rudimentaire de conscience.

Notre malade est actuellement dans un état de cachexie qui laisse prévoir une fin prochaine.

OBS. n° 27. — Mme M..., 30 ans.

Antécédents familiaux :

Père mort aliéné ;

Mère : nombreuses fausses couches.

Convulsion à l'âge de deux ans.

Jeune fille, Mme M... a toujours eu un caractère triste, renfermé.

Tentative de suicide à 18 ans. La malade n'est pas internée alors. Il n'y a aucune modification de son caractère ni de son comportement.

« Elle n'a, disent ses parents, jamais déraisonné avant les grands accidents mentaux ; elle n'avait qu'une « idée » : de se nettoyer de fond en comble plusieurs fois par jour. »

Trois enfants, dont deux morts-nés.

Septembre 1927 : suites de couches fébriles, avec délire confusionnel. Bref séjour à Maison-Blanche.

Puis, rentre chez sa mère, où elle travaille normalement.

1928 : rechute, et séjour de quatre mois à Sainte-Anne (confusion).

1929 : rechute peu marquée. On peut garder la malade à Lariboisière un mois.

1930 : après un essai de vie conjugale, le mari préfère ramener Mme M... à sa mère ; la malade accepte avec une docilité un peu puérile.

Peu à peu se constitue l'état ainsi décrit dans un certificat du Docteur Demay, d'Avril 1931 :

« Inactivité, indifférence, ambivalence, orientation imprécise, puérilité avec vagues idées délirantes. Troubles de l'humeur et du caractère, sourires immotivés. Fugue récente, avec manifestations érotiques. »

Fatigue. Conscience partielle des troubles. Tristesse. Inhibition. Hallucinations (« petites voix douces »).

Mai 1931 : « Même syndrome mental qu'à l'entrée. Prédominance de troubles affectifs. Indifférence. Attitude souriante : elle se plaît à l'Asile et veut bien y rester. Orientation, mémoire, attention satisfaisantes. Absence de délire. Réactions humores négatives. »

En Décembre de la même année (1932), apparition d'une ascite libre, rapidement volumineuse, avec état subfébrile, dyspnée ; paracentèses successives, ramenant un abondant liquide clair. La nature tuberculeuse de l'ascite est vérifiée par les examens de laboratoire.

Un bulletin de santé en Juin 1932 signale : Etat mental sans changement ; calme et docile, mais très indifférent.

Ce n'est qu'en Octobre 1932 qu'on signale une amélioration de l'état mental portant surtout sur l'apathie et l'indifférence. Elle se montre gaie et animée, puérilement, et s'occupe.

Cet état se maintient jusqu'à la fin de la vie ; l'ascite, irréductible, prend un volume énorme ; dyspnée, troubles cardiaques. Hématemeses à répétition ; une cachexie extrême s'établit ; mort.

Ce n'est que les dernières semaines de la vie qu'il y eut une localisation pulmonaire (bacilloscopie positive) mais qui n'eut pas le temps de s'étendre beaucoup.

*
**

Nous n'oserions affirmer le diagnostic de démence précoce. Nous n'avons reçu la malade que très tardivement, à la période terminale de sa vie ; mentalement, ce n'était pas une démente précoce : le tableau clinique était d'une sorte de regression puérile pure, avec euphorie ; mais aucun trouble de la série hébéphrénique.

Si nous rangeons cette observation sous le titre de démence précoce, c'est à cause de l'impression clinique des certificats antérieurs : mais alors même, le tableau est bien atypique ; et nous aurions tendance à classer ce cas de façon étiologique : psychose post-puerpérale.

Pour beaucoup, la question que nous nous proposons de discuter brièvement, est résolue, négativement.

D'autres pensent, au contraire, qu'il ne dépend que d'obser-

vations précises, cliniques et bactériologiques, pour qu'elle soit résolue, affirmativement.

L'échec des vérifications de laboratoire, sans doute, a entraîné bien des scepticismes ; le bacille de Koch, qu'on avait cru pouvoir trouver errant dans tout l'organisme des Déments Précoces, s'est montré, en fin de compte, décidément introuvable ; ainsi en font foi les travaux de Mlle Pascal, avec Saenz, Costil, Chapoulaud, et, un peu plus tard, les travaux de Beck.

Il reste pourtant l'argument des statistiques, et beaucoup de faits cliniques pour quoi les partisans de l'origine tuberculeuse des démences précoces hébéphréno-catatoniques, peuvent, s'ils ne peuvent encore fournir de preuve convainquante de leur hypothèse, demander une explication aux négateurs du rapport démence précoce — tuberculose.

En dépit des statistiques optimistes dont nous parlions dans un précédent chapitre, le chiffre des tuberculeux que nous apportons est proportionnellement beaucoup plus élevé chez les démences précoces que chez toutes les autres maladies mentales : douze cas de démences précoces typiques (dont deux de type schizophrénique), atteintes de tuberculose pulmonaire évolutive, contrôlée cliniquement, bactériologiquement, radiologiquement.

Nous aurons ainsi au moins à proposer une explication de cette fréquence de la tuberculose chez nos déments précoces.

— La question se pose, pour nous, de façon un peu différente de la façon dont elle se posait dans beaucoup de travaux parus jusqu'ici ; souvent, il s'agissait de démences précoces suspectes de tuberculose, mais non toujours cliniquement tuberculeuses ; atteintes de primo-infections dont les traces, sans doute, étaient visibles, chez qui on recherchait une activité effective, bien que dissimulée, du bacille. Ou en tous cas, si on avait à faire à des tuberculoses franches, il fallait bien les mettre sur le même plan que des tuberculoses torpides, non évolutives, décelables seulement par des réactions très sensibles (et dont la sensibilité étend considérablement le domaine de la tuberculose).

Nous ne nous occupons que de démences précoces cliniquement atteintes de lésions tuberculeuses évolutives.

D'autre part, nous ne parlerons pas, ici, du moins, des phénomènes d'alternance clinique entre troubles mentaux de la série

hébéphrénique, et manifestations tuberculeuses. Nous n'en avons pas observé pendant les deux années que nous avons passées au Pavillon des tuberculeuses (1).

Mais nous avons moins de scrupules à nous passer de faits de cet ordre, parce qu'ils ne nous paraissent pas particuliers à la démence précoce et à la tuberculose, mais s'observent, nous l'avons dit, entre démence précoce et d'autres infections que la tuberculose, d'une part, et d'autre part, entre la tuberculose ou toute autre infection, et des maladies mentales autres que la démence précoce.

Ainsi, ce problème particulier des alternances doit être, à notre avis, rattaché à des conceptions plus étendues, sur les influences réciproques, en général, entre les infections.

Pour nous, nous nous en tiendrons à étudier ces deux questions :

Y a-t-il lieu, avec des arguments cliniques, et en dépit de l'absence du bacille dans l'organisme, de penser à une étiologie tuberculeuse de la démence précoce ?

Quelles formes la tuberculose revêt-elle chez les démentes précoces ? à l'aide de ce que nous avons observé.

Nous nous reporterons, en cours de discussion, aux chapitres précédents, c'est-à-dire aux formes de troubles mentaux dont il semble qu'on puisse, en partie, rendre responsable le bacille de Koch, soit sous sa forme habituelle, soit dans ses manifestations toxiques.

Disons tout de suite que les concordances cliniques paraissent ici bien plus incertaines, plus difficiles à établir que dans les formes précédemment étudiées.

Que même la coïncidence (à condition de l'étendre à une ou plusieurs années) est difficile à interpréter.

Comme l'a fait observer Mlle Pascal, l'âge de la démence précoce est aussi celui de la tuberculose. Ne faut-il donc voir,

(1) Il se peut bien que, guéries de leurs troubles mentaux, et tuberculeux, les malades soient dirigées sur des sanatorias, — et, guéries de tuberculose, et aliénées, les malades soient envoyées dans des services ordinaires ; qu'ainsi, des faits d'alternance nous aient échappé. Encore faudrait-il qu'ils eussent été bien schématiques.

dans la fréquence des atteintes tuberculeuses chez les démentes précoces, que le fait banal de deux maladies de l'adolescence, qui évoluent parallèlement ?

Nous avons, sans doute, un cas de « démence précoce » tardive, parfaitement caractérisé, où la tuberculose fut d'apparition tardive, elle aussi, suivant l'apparition des troubles mentaux (obs. n° 22). Nous verrons à donner aussi de ce fait une explication.

Commençons donc par étudier le plus simple rapport clinique qui puisse exister entre deux maladies : les dates d'apparition respectives.

Nous n'obtenons guère de clarté de cette étude :

Sur nos douze malades, neuf étaient démentes précoces avant que de devenir tuberculeuses.

La tuberculose pulmonaire chez toutes (sauf chez une qui fit une forme péritonéale ; d'ailleurs il n'est pas sûr qu'il se fût agi d'une démence précoce) fut découverte à l'Asile, fortuitement, ou après un amaigrissement important de la malade, presque toujours de longues années après le début de la maladie mentale.

En aucun cas il n'y a eu de modification du tableau mental après la localisation pulmonaire (1).

Chez les trois autres malades, la date d'apparition de la tuberculose précède de plusieurs années celle des troubles mentaux. Toutes trois ont contracté cette tuberculose de façon assez banale :

L'une, dont l'hérédité tuberculeuse est remarquablement chargée, devient tuberculeuse à l'âge où sa sœur (qui est mentalement saine) l'est devenue (obs. n° 17) après une période asthénique.

Pour la seconde, c'est un accident de convalescence écourtée, après une scarlatine (obs. n° 16).

Pour la troisième, c'est une transformation de localisation pulmonaire grippale (obs. n° 18).

Chez elles, l'apparition des troubles mentaux s'est-elle accompagnée de modifications de l'activité bacillaire ?

(1) Répétons-le nous ne voulons pas du tout nier l'existence des formes à balancement entre troubles hébéphréniques et localisations pulmonaires tuberculeuses. Nous n'en avons pas observé, au moins chez les déments précoces ; nous avons décrit, au précédent chapitre, des formes où une ébauche d'alternance se produisit.

Il est certain que chez deux malades, les lésions se sont remarquablement stabilisées ; chez l'une même, on peut parler de guérison (image radiologique : persistance de nodules opaques le long de tractus fibreux, dessinant un éventail grêle sur les régions sous-claviculaire et apicale gauches) (obs. n° 18).

Mais chez la troisième (n° 16) l'évolution se poursuivait régulièrement, par extension des processus nécrosants.

Il est vrai qu'à mesure que les lésions pulmonaires s'aggravaient, et surtout à la période terminale, l'état mental tendait vers une sorte d'équilibre mieux adapté. Mais nous avons observé pareille amélioration chez Mlle M..., qui, elle, n'était en aucune façon démente précoce. (Chez ces deux malades, on ne saurait ne pas tenir compte de l'imprégnation morphinique thérapeutique des derniers mois.)

Ainsi, cela n'a rien de caractéristique (1).

Dans l'ensemble, la démence précoce ne pourrait-elle pas, en quelque sorte, ralentir la marche de la tuberculose ?

Car, il semble que l'activité tuberculeuse ne soit que ralentie : plus d'une fois nous avons vu des reprises brutales, et non expliquées, de cette activité, reprises rapidement évolutives, qui emportent la malade en quelques mois.

Mais cela non plus n'est pas spécial à la démence précoce. Nous l'avons observé dans de nombreux cas où il y a ralentissement moteur (débilité, imbécillité, mélancolies, certaines épilepsies). Et il faudrait étudier, à notre avis, cette question de l'influence de l'inhibition motrice sur la forme que prend l'évolution bacillaire.

On a insisté souvent sur l'allure torpide que prennent les lésions pulmonaires chez les démentes précoces ; ce n'est que partiellement vrai.

C'est vrai maintes fois, nous l'avons dit, pour les démentes précoces stabilisées, apathiques, non agitées, dont l'alimentation,

(1) Remarquons en passant, que autant il pourrait paraître compréhensible que des lésions pulmonaires ne puissent qu'être favorablement influencées par l'immobilité, le calme, l'absence de conversation, d'efforts musculaires, de certaines démentes précoces (ni opposantes, ni négativistes, pourtant), autant était remarquable le fait de la stabilisation des lésions chez les malades agitées, insomniaques, deshydratées, dont nous rapportons les cas au précédent chapitre.

même médiocre, est possible, qui n'ont pas de troubles organiques, même bénins, autres que la tuberculose. Lentes, en effet, torpides, à tendance fibreuse, sont les lésions chez ces malades ; plusieurs, même, ont guéri sous nos yeux (nettoyage radiologique à peu près complet).

Mais voici d'autres démentes précoces :

Celle-ci, cachectique, contracte une grippe : les lésions tuberculeuses se réveillent, et la mort survient en quelques mois (obs. n° 25).

Cette autre, « muette, opposante, impulsive, grimaçante », la tuberculose, évolutive, l'emporte en quelques mois (obs. n° 23).

Une autre (acétonémie sans glycosurie) est emportée en trois mois par une tuberculose bilatérale d'emblée...

Comparons, maintenant, du point de vue pulmonaire, à nos démentes précoces catatoniques, ou bien inertes et souriantes, une imbécile, inerte, elle aussi, approbative et apathique : ce sont souvent les mêmes formes de tuberculose : lente, fibreuse, avec évolutions soudaines ; ou bien des lésions qui se « nettoient » radiologiquement, en même temps que se stabilise l'état général ; ou bien des lésions excavées qui tendent à s'enkyster.

Tout cela, d'ailleurs, est quelque peu schématique : notre pensée n'a jamais été d'en faire une règle. C'est seulement ce qu'on observe souvent.

Ce que nous voulons surtout mettre en évidence, c'est que la démence précoce ne revêt pas des formes qui lui soient absolument particulières : on retrouve des formes torpides dans des états non hébéphréniques ; on trouve chez les hébéphréniques — et non par exception — des formes évolutives banales.

Il se peut que l'état tonique ou moteur des malades, autant que leur résistance organique, et leur état d'allergie, modifient les formes cliniques de la tuberculose.

— Reportons-nous encore à des faits signalés au précédent chapitre :

On s'étonnera de voir que des malades dont le tissu nerveux est fragilisé, comme celui des déments précoces, ne réagissent pas à des shocks auxquels nos autres malades se sont montrées sensibles : pneumothorax artificiel, phrénicectomie, avortement thérapeutique ; nos démentes précoces ont supporté des traitements

de cet ordre, sans accidents mentaux, ou sans aggravations de leur état mental. Du moins, s'ils ont aussitôt déterminé quelque trouble (Mlle L., déclare : « c'est comme si la phrénicectomie avait changé quelque chose en moi »), ils n'ont pas déterminé la production de syndrome hétérophrénique ; le fait nous semble notable. Sugerons-nous l'hypothèse d'une certaine spécificité des manifestations mentales dues à la toxine tuberculeuse, qui ne donnerait de syndrome de démence précoce que dans certaines conditions, peut-être d'associations infectieuses ? Ce n'est là qu'une hypothèse.

L'absence de réaction des démentes précoces à la médication aurique a été signalée assez généralement. Faut-il conclure de ce fait que si le traitement aurique ne réveille même pas, en les aggravant parfois, les manifestations mentales morbides, c'est qu'il ne réactive pas non plus la cause que l'on voudrait démontrer spécifique de ces troubles ? Que, chez les malades traités alors qu'ils ne sont pas atteints d'une évolution tuberculeuse qui succède, latente, à une primo-infection, le traitement aurique ne réveille aucune toxicité ? Que chez ceux qui sont atteints de tuberculose évolutive, la réactivation d'un processus infectieux tuberculeux est d'importance secondaire, la cause principale des troubles étant d'autre origine ? Que dans certains cas seulement, il y a action concordante des deux infections, dont la conjugaison, agissant dans le même sens physiologiquement, peut aggraver les troubles ?

Hypothèses, encore.

A elle seule, la réactivation de la virulence du bacille, peut-elle aboutir par fixation encéphalique, à un tableau de démence précoce typique, comme le pensait Jean Lépine ? Il y aurait alors un processus semblable à celui qui, après une encéphalite épidémique se manifeste en démence précoce ? Cause différente. Lésion semblable ?

Ainsi semble-t-il en avoir été dans l'observation n° 6.

Même s'il en a été ainsi, il nous semble que le virus tuberculeux réalise difficilement, en période aiguë, un syndrome de démence précoce. Cliniquement la virulence semble sans cesse active, variable, en mouvement, en quelque sorte, dans les cas graves, ou au contraire fugace, transitoire, guérissable ; mais

après la disparition des phénomènes toxiques, les troubles mentaux paraissent s'atténuer ?

Quelque soit la ressemblance du syndrome hébéphrénique ordinaire, et de celui réalisé par l'activité virulente du B. K., il nous semble que quelque chose l'en sépare.

Dans le cas n° 6, qui a réalisé un tableau catatonique prolongé, les troubles avaient un caractère paroxystique, à prédominance de perturbations motrices, dont la *malade pouvait être distraite*.

C'est une question à étudier en observant de près d'autres cas. Ici encore, nous ne voulons qu'indiquer une direction possible.

Nous aurions à parler longuement de la question de l'allergie chez les déments précoces ; on en a parlé beaucoup, de nombreux travaux ont été publiés sur ce sujet.

Cependant, en tenant compte de ces travaux, il nous est difficile de prendre position : la plupart, en effet se contentent d'étudier cette allergie dans la seule démence précoce.

Ne revenons que pour mémoire sur l'attitude prise par bien des auteurs, qui se sont occupés de la question :

Tenant compte du « balancement remarquable qu'on observe entre localisations tuberculeuses et troubles mentaux d'une part, et d'autre part de phénomènes de balancement semblable, entre d'autres troubles organiques ou fonctionnels, dans d'autres maladies : « L'asthme disparaît parfois de façon impressionnante au moment où survient une poussée de tuberculose pulmonaire ; le problème des rapports de l'asthme et de la tuberculose se pose donc de la même façon que celui des rapports de la tuberculose et de la démence précoce ».

Une discussion de cette affirmation nous forcerait à redire ce que nous avons dit plusieurs fois. Nous ne le ferons pas. Nous ne faisons que souligner une attitude en face d'un problème volontairement limité.

— On aurait trouvé un état d'allergie particulier à la tuberculose chez les déments précoces ?

Laissons les auteurs répondre pour nous :

De E. Abely : « il y a une allergie particulière des déments précoces, mais pour toutes les toxines en général ».

De Targowla : « on constate des réactions fortement positives d'hyperallergie cutanée au cours de la période d'état de toutes les psychoses ».

Ce qui nous conduit à l'opinion exprimée par Doussinet :

« L'intensité des réactions des aliénés aux cutis n'est qu'une tendance générale à un mode de réaction, et une hypersensibilité acquise vis-à-vis d'un antigène déterminé. »

De de la Vergne, cette citation, qui nous oriente vers une explication :

« Indépendamment de toute sensibilisation et de toute spécificité, un trouble des glandes à sécrétion interne, un déséquilibre du vago-sympathique abaissant anormalement le seuil d'excitation de ce système, permettra des réactions allergiques. »

Et à la condition d'étendre à un domaine beaucoup moins restreint que celui de la démence précoce, nous suivrons volontiers l'opinion de Baruck, Biderman et Albane :

« L'allergie apparaît en quelque sorte une arme à deux tranchants : elle est utile au point de vue des lésions locales par des réactions de défense qu'elle entraîne ; elle peut devenir dangereuse au point de vue général et surtout nerveux par les réactions toxiques qu'elle provoque. »

Ainsi comprendrait-on que les D. P. en milieu surchargé, contaminé, malsain, se défendent mal contre une affection dont des conditions d'hygiène favorable peuvent les protéger. (L'âge, bien entendu, joue un grand rôle dans la facilité de contamination.) Ainsi expliquerait-on aussi les tardives infections, comme celle de Mlle D..., tardive démente précoce.

CHAPITRE VII

Deux cas de parallélisme apparent de la tuberculose et de troubles mentaux non hétérophréniques

Avant de passer à l'exposé de cas où l'influence réciproque — tuberculose, troubles mentaux — se fait de moins en moins sentir, nous mettrons à part les deux observations qui suivent.

On ne peut s'empêcher de penser encore ici, non pas peut-être à un rôle étiologique de la tuberculose, mais du moins à un rôle actif, modificateur de symptômes, rôle qui se traduit par l'allure toxi-infectieuse des lésions, le parallélisme de l'évolution des troubles (évolutions chroniques, ondulatoires, à paroxysmes souvent coïncidents) par des réactions concomitantes de troubles dus aux bacilles, et de troubles mentaux.

Il semble bien que sur des terrains semblables qu'eussent dû se développer des démences précoces, si on tient à leur attribuer une étiologie tuberculeuse. Il n'en fût rien. Il est facile, sans doute, de repousser l'argument de ces cas, en niant qu'ils aient un rapport quelconque avec la tuberculose..

Il est facile de le nier, mais difficile de dire pourquoi. Notre devoir clinique est simple. Il y a troubles mentaux. Il y a tuberculose. De plus, quelques rapports troublants de réciprocité dans l'évolution.

Mais voyons plutôt les cas.

OBS. n° 31. — Mlle D..., 35 ans.

Délire érotomaniaque à peu près pur. Hypochondrie ancienne. Ascendance tuberculeuse. Tuberculose à localisations multiples. Fixité du syndrome mental.

Pas d'antécédents mentaux connus de la famille.

Père mort de tuberculose pulmonaire.

Sœur morte de méningite.

Peu de chose à signaler dans les antécédents personnels.
Caractère doux et réservé.

Préoccupations hypochondriaques anciennes.

Trois interventions se succèdent en trois ans :

En 1925 intervention pour appendicite.

En 1926-1927, salpingite et fibrôme ? ? ?

Il se pose une question que nous ne pouvons malheureusement pas résoudre. La malade se plaint de très anciens troubles gastro-intestinaux (remontant à 1925 à peu près), dont la nature tuberculeuse ne fait actuellement pas de doute. S'agissait-il dès 1925 d'une tuberculose intestinale ?

Ce serait pour nous un argument de poids, car c'est pendant la convalescence de la deuxième intervention que la malade écrit les lettres incohérentes qui provoquent l'intéressement.

Le certificat établi alors, mentionne : « Débilité mentale avec idées délirantes érotomaniaques, tendance à la revendication. Elle se croit enceinte (durée prolongée de la grossesse) et se prétend aimée du médecin qui l'a opérée l'an dernier. »

Les premiers accidents pulmonaires tuberculeux datent de 1932 : Pleurésie double, (vérification par ponction).

Une hémoptysie en 1933. Cependant, il existe peu de troubles fonctionnels.

A l'entrée au Pavillon des tuberculeuses, le certificat de transfert mentionnait :

« Est atteinte de délire paranoïde, sur fond de débilité mentale. Thème érotomaniaque fixé depuis 1927. Attitude mentale obstinée et imperméable. Peu de constructions nouvelles. Pauvreté initiale du délire, et tendance à un certain affaiblissement surajouté. Troubles du caractère, et tendance aux récriminations. Tuberculose pulmonaire actuellement améliorée. » 14-12-34. Dr. Caron.

Aucun signe schizophrénique.

Activité réduite, mais restreinte et bien adaptée. En bons termes avec ses proches. Aimable, docile Un peu maniérée, puérile ; farouche réticence quant au délire, que rien ne trahit, lettres ni allusions, ni comportement. A ce point de réticence et d'intériorité, c'est presque une rêverie déli-

rante. D'ailleurs, l'érotisme n'est pas un érotisme fixé, de délirante interprétante : son objet n'est pas unique, et change avec les circonstances. Il semble qu'il y ait eu autrefois un délire actif, constructif, dont l'activité disparue laisse une image sans vie, une sorte de souvenir photographique, dont la contemplation suffit à la malade.

Cependant, les lésions tuberculeuses sont diffuses, mal limitées, torpides ; aux poumons : rien cliniquement, radiologiquement, la trace sinusale des deux pleurésies. Quelques taches parahilaires. Un défaut de luminosité générale du parenchyme. (Est-ce pleural ou parenchymateux ?). Aucun signe fonctionnel ; l'expectoration, exceptionnelle, n'est pas bacillifère.

Il existe de manifestes lésions péritonéales : météorisme variable, zones d'induration à consistance fibreuse, troubles fonctionnels, crises douloureuses abdominales diffuses.

Une localisation vésico-rénale provoque ensuite de grandes douleurs, sans que le tableau mental change.

On est frappé dans l'ensemble par l'aspect torpide et infectieux de l'atteinte tuberculeuse.

*
* *

Nous nous abstenons ici de commentaires.

Pour le second cas, nous avons eu la chance de le suivre de très près. Par bonheur, la malade, une réticente obstinée, nous a manifesté une confiance assez grande pour écrire — en une centaine de pages très serrées — l'histoire de sa vie, en une sorte de « recherche du temps perdu ». Le récit est irrégulier, capricieux, au gré d'associations diverses. Nous l'avons reconstitué chronologiquement ; bien des passages pourraient utilement être transcrits. Nous dépasserions largement le cadre que nous nous sommes donnés. Voici un compte rendu, le plus bref possible, de cette observation.

« Très ancien délire pur d'interprétation, longtemps dissimulé. Aggravation depuis l'éclosion d'une tuberculose pulmonaire grave. Evolution chronique, parallèle des deux affections, avec paroxysmes. Périodes de troubles syncopaux avec grande anémie précédant ces paroxysmes. »

Obs. n° 32. — Mme Le L..., 34 ans.

Hérédité lourde :

Grands-parents morts de tuberculose.

Mère morte de tuberculose.

Arrière-grands-parents maternels alcooliques.

Une tante internée, alcoolique (sœur de mère).

Enfance sans histoire : enfant sage, très gaie et joueuse, scrupuleuse ; attentive, travailleuse, intelligente.

Il y a lieu de noter, pourtant, de brèves pertes de connaissances, parfois simples faiblesses avec pâleur syncopale, dont quelques-unes font que ses parents s'alarment, et gardent l'enfant à la maison. Un jour, inhibition brusque au cours d'une récitation : impossibilité motrice de continuer.

Réglée à 15 ans. Règles douloureuses.

A 16 ans 1/2 : un abcès froid de la chaîne sus-claviculaire gauche.

Peu avant, elle eut alors un amant de rencontre, brève aventure. Sans faire de ces scrupules ou de ces craintes de réels troubles mentaux, nous en notons cependant le caractère excessif, anxieux : après cette aventure, Mme L... cesse de pratiquer sa religion, parce qu'elle se pense indigne d'entrer dans une Eglise ; puis, soignée à l'hôpital pour son abcès, elle pense que ce n'est pas le médecin lui-même qui fait son pansement, parce que, moralement, le médecin ne la juge plus digne d'intérêt. Le médecin — interprétation rétrospective, ou bien conviction formée dès ce moment ? — tient une place importante dans les constructions imaginatives des années suivantes. Il nous semble bien probable qu'il y ait eu dès lors une disposition particulière de l'esprit de la malade : imagination romanesque, affectivité prédominante, sensibilité mal contrôlée... Elle accepte — et s'en trouble — des intuitions que le hasard justifie :

« Comme j'écrivais à mon fiancé, j'eus tout à coup l'idée qu'il allait venir, mais si fortement, qu'après avoir été mettre ma lettre à la poste, j'allais l'attendre à la gare... or il y était. »

En 1924 (20 ans), une période d'amaigrissement rapide, avec syncopes (mêmes caractères que les troubles signalés dans l'enfance) entraînant un arrêt de travail.

1926. Premier mariage. Elle a avoué à son mari l'aventure qu'elle a eue plusieurs années auparavant ; elle se décide avec peine à « se marier en blanc »...

Peut-être est-ce alors qu'elle contracte la syphilis (contrôlée il y a peu de temps sérologiquement) ? ? ?

« Mon mari avait un bouton mal placé... et il avait essayé de me donner son mal, pour faire croire que je n'étais pas froide avec lui, comme je l'étais devenue... »

Alors encore, une période de grave amaigrissement, avec anémie (deux kilogs par semaine). Elle voit un médecin : « je souffrais partout, j'avais tantôt mal à un endroit, tantôt à un autre, et ces douleurs passagères étaient toujours aiguës ». Il semble qu'alors les idées délirantes d'interprétation persécutrices augmentent. Peut-être est-ce la raison du divorce, demandé d'abord par son mari, puis, (alors qu'une conciliation paraissait possible) redemandé par elle.

1929. Salpingite.

Remariée en 1930 avec un ami de son premier mari.

Rien n'a attiré l'attention sur l'état mental de Mme L. L... ; la malade, d'ailleurs, renferme tout en elle, ne se confie guère, et ne se confiera davantage pendant les six années qui suivent, où le dérangement mental est patent.

Elle-même fait remonter « ses troubles mentaux » (qui ne sont pas ceux pour lesquels elle est internée, qu'elle n'accepte pas comme tels, mais coïncident avec eux) au mois de mai 1930.

Alors, encore une fois, un grand amaigrissement avec anémie, épuisement (c'est ce qu'elle appelle ses troubles mentaux) lui avaient fait quitter son travail pour la campagne. Elle ne s'améliore guère pendant ce repos. Et puis rentre chez elle, pour travailler de nouveau. Elle s'étonne, et s'inquiète d'erreurs — pourtant minimales — dans son travail. Elle en fait part à ses chefs. Mais c'est une excellente employée ; on ferme les yeux.

Elle se trouve enceinte en août 1930. Deux mois après — son état général restant mauvais — elle consulte au dispensaire, où on découvre une lésion pulmonaire. Alors aussi, elle s'étonne de prendre l'un pour l'autre deux médecins qui la soignent.

Au Glandier, où elle est envoyée, voici qu'elle note des phénomènes plus surprenants :

« ...Une après-midi, je voulus lire, et restai toute désorientée devant mon livre, car si je voyais les lettres très distinctement, je ne les comprenais plus, comme si elles avaient été écrites dans un alphabet inconnu de moi ; puis, quand malgré mes syncopes réitérées je me levais et causais avec d'autres personnes, il arrivait ceci, c'est qu'au beau milieu de la conversation, si j'entendais distinctement, il m'était impossible de comprendre le sens des paroles prononcées, même quand les personnes répétaient plusieurs fois, s'étant aperçues que je ne comprenais pas. Puis, mon état général s'améliorant, ces symptômes se renouvelèrent moins souvent. » (Janvier à mars 1931.)

Du 23 mai au 6 juin, séjour à la Maternité de Boucicaud — les syncopes redoublent. L'accouchement se termine cependant à terme, (forceps). Une fille, bien constituée.

Mme L... retourne au Glandier, de juillet à octobre 1931.

Or... « alors que mon état pulmonaire s'améliorait, je me plaignis de violents maux de tête, et d'avoir un tas de pensées qui me passaient par l'esprit »,

Du Glandier, passage à Ambroise Paré, où elle subit une intervention d'urgence. On pensait à une appendicite. En réalité on trouve des lésions intestinales vraisemblablement bacillaires.

« ...Ensuite, la mémoire me revint. Il m'arrivait bien encore d'oublier les noms, mais j'avais cependant une grande amélioration. »

Mme L... sort d'Ambroise Paré en février 1932 pour le Pradet, près de Toulon ; puis de nouveau au Glandier jusqu'en octobre 1932, date à laquelle une reprise des troubles intestinaux est soignée à Ambroise Paré (oct. à déc. 1932).

Cette période ne se signale par rien. L'activité interprétante semble ralentie.

Or, une reprise plus violente a lieu après qu'ayant quitté l'hôpital, elle se fût installée avec son mari chez sa belle-sœur :

« ...c'est alors que mes troubles mentaux reprirent, me trouvant mal à chaque instant, ces maudites pensées me revinrent ; il me semblait parfois que *deux conversations différentes me passaient par la tête en même temps...* »

La malade a conscience de ces troubles-là, c'est vrai, Mais elle se comporte en même temps d'une façon qui frappe son entourage (et de cela, elle n'a pas conscience). Elle trouve bizarres ses parents, comprend des choses à demi-mot, soupçonne, remarque, cherche le sens caché des choses, croit être brimée, ou méprisée, demande des explications écrites qui font dire « qu'elle a la folie de la persécution ». Il y a eu un vol commis dans le voisinage. De-ci, de-là, elle recueille au cours des conversations des bribes de phrases qu'elle confronte, et qui lui montrent bien qu'on l'accuse à demi-mot. On la suit ; police, surveillance ?

Alors, aussi, « je me suis aperçue que je *transmettais la pensée...* seulement, ce sont les pensées de tout mon entourage que je transmets, et même de plus loin... »

Rien, cependant, sinon quelques lettres, ne transpire de tout le travail mental auquel se livre la malade.

Du 15 avril au 19 octobre 1933, nouveau séjour à Bichat pour état intestinal. Amélioration.

Au retour de Bichat, nouvelle attitude affective, de plus en plus violente, précise, systématisée. Tout s'assemble, de détail en détail, pour former un vaste roman, pour donner à la vie entière une sorte d'orientation fixe. Interprétations rétrospectives.

C'est maintenant la nouvelle et exclusive affection de la fille pour son père qui la frappe : « Pendant mon séjour à Bichat, ma fille couchait dans le même lit que son père... » une enfant qui ne voulait plus voir sa mère, parce que je la faisais coucher sur le divan, et qui dès son réveil venait se mettre entre nous deux, ne s'occupant que de son père,

et quand je la commandais, le regardant pour voir si elle devait obéir. Or un jour, j'ai voulu savoir, et la laisser coucher avec son père ; or, contre son habitude, il ne mit pas de pyjama, et ma fille appelait son père Albert... »

Elle se voit alors, plongée dans un sommeil hypnotique, violée la nuit (non pas qu'elle ait des sensations génitales, puisque son sommeil est très lourd) mais elle interprète des sensations de réveil.

Puis le calme revient.

Elle subit ensuite un traitement pour son état pulmonaire (qui a été s'aggravant toujours depuis l'accouchement), qui occasionne des abcès dans le dos.

Nouvelles interprétations fixées sur le médecin qui la soigne, (« qui la fait passer pour sa maîtresse »).

Janvier 1936, pour ne pas se trouver en présence de son persécuteur nouveau, Mme L... fait traiter ses abcès à Beaujon (toujours violé de nuit, dont elle ne parle à personne), puis elle va en convalescence à Brévannes (même chose).

Elle écrit : « Si vous saviez ce que c'est douloureux de fouiller le passé jour par jour, pour rechercher les fautes même les plus légères qu'on a pu commettre. »

Anxieuse, elle a des crises avec le syndrome fonctionnel de l'anxiété : palpitations, troubles vaso-moteurs.

Sans doute, elle fait bien des choses, renferme au fond d'elle-même mille vexations qu'elle croit subir.

Mais, une plainte officielle contre son mari et des infirmières mettent en lumière l'état mental pathologique.

On la persuade de se faire soigner, et cela sans peine, puisqu'elle se sent anormale mentalement .

C'est ainsi que nous la trouvons le 2 Mai 1936 à H. Rous-selle, avec le certificat suivant :

« Est atteinte d'idées de persécution et d'influence ; on lui fait de la transmission de pensée, on l'empêche d'agir, ou on la fait agir malgré elle. On la fait passer pour une malhonnête femme. Son mari a ligué les infirmières et les médecins contre elle. Avec la complicité de son mari, quelqu'un a abusé d'elle pendant son sommeil. Sentiment d'étrangeté, fausses reconnaissances. Début des troubles

remontant à 8 mois (??), tuberculose cavitaire, syphilis ancienne, *B. W. négatif dans le sang et L.C.R.* A noter que la syphilis n'a jamais été soignée, sinon par une série de cyanure de mercure. »

Il nous paraît indispensable de comprendre les termes de ce certificat ainsi qu'ils sont présentés, étendus dans le temps, et avec les modalités affectives qu'ils ont présenté.

On signale un peu plus tard des hallucinations auditives, dont il nous est impossible actuellement de retrouver trace, mais qui nous paraissent vraisemblables.

Dans notre service, Mme L... s'est montrée d'une telle régularité d'humeur, docilité, calme, gentillesse, qu'on pouvait douter de l'existence de troubles mentaux. On pensait à une bouffée délirante passagère.

Ce n'est que récemment que la malade (plus renfermée et réticente, depuis quelque temps) nous a confié ce qu'elle appelle l'histoire de sa vie.

Notons son attitude parfaitement affectueuse envers son mari, et le ton glacial dont elle parle de lui, et avec lequel elle lui écrit.

Les lésions tuberculeuses pulmonaires sont bilatérales, excavées et étendues, fibro-caséuses.

L'état général est un peu moins mauvais qu'à l'entrée, en dépit de quintes de toux irréductibles qui la fatiguent beaucoup.

Laryngite à éclipses.

*
* *

Insistons sur l'hérédité alcoolotuberculeuse.

L'imprégnation tuberculeuse très précoce (abcès froid 16 ans 1/2).

La découverte des lésions pulmonaires pendant un de ces accès d'anémie avec amaigrissement considérable et grande fatigue. Doit-on faire de ces accès des accidents tuberculeux ? ou

bien des accidents dus à une association infectieuse. L'une et l'autre hypothèse, valables, sont également invérifiables.

La présence de lésions intestinales torpides.

L'aggravation par un traitement (tuberculine).

L'absence totale de tout symptôme hébéphrénique.

La lenteur d'évolution des lésions pulmonaires malgré accouchement, fatigues, surmenage.

Nous donnons ces deux observations ainsi qu'elles se présentent, sans en vouloir tirer de déductions ; il ne nous appartient pas actuellement de le faire. Peut-être pourront-elles s'éclairer d'un jour nouveau, à la lumière d'acquisitions nouvelles bactériologiques et biologiques.

CHAPITRE VIII

Comprenant trois cas où la tuberculose a encore pu jouer un rôle dans la symptomatologie mentale

Si nous publions aussi les cas suivants, dont l'intérêt direct, au moins au point de vue qui nous intéresse, ne paraît pas bien grand, c'est qu'en quelque sorte nous les donnons comme cas-repères.

Il nous paraît intéressant de nous reporter à ce que nous avons déjà vu, quand nous nous rapprochons de formes plus classiques, qui ressemblent davantage à ce qui a été décrit en pathologie mentale.

Car, à mesure que les cas se rapprochent, si l'on peut dire, de la normale nosographique, les formes pulmonaires, elles aussi, ressemblent plus à ce qu'elles sont en pathologie courante.

Nous allons sans doute encore rencontrer bien des anomalies de symptômes et d'évolution.

Pourtant, les coïncidences, et les paradoxes que nous avons décrits, nous ne les rencontrerons à peu près plus.

Il ne nous sera plus sensible, que des interréactions plus dissimulées, qui peuvent fort bien passer inaperçues.

Avant de retrouver des formes nosologiques bien définies et caractérisées, nous rapporterons quelques cas atypiques, qu'on pourrait comprendre sous la vague rubrique de déséquilibres mentaux ; ce sont des troubles à manifestations périodiques, sans qu'on puisse parler légitimement de psychoses à double forme, survenues chez des malades jeunes — et on ne saurait pourtant parler d'hébéphrénies.

Pour deux d'entre elles, il est vrai, nous avons la notion d'infections méningées graves du jeune âge (non tuberculeuses).

OBS. n° 33. — Mlle G..., 33 ans.

Pas d'antécédents familiaux tuberculeux.

Une sœur aliénée ?

Abcès froids cervicaux en 1918 (15 ans).

Déséquilibre psychique à manifestations polymorphes remontant à 1931.

1931. Crises de larmes, vide vertigineux, fuite des idées. Amnésie légère. Cauchemars. Anxiété (doutes, perplexité). Etrangeté, transformation du monde extérieur. Sommeil irrégulier. Tœdium vitae. Aboulie.

Ce fut un état passager, qui ne nécessita pas d'internement.

1934. Décembre. Rechute : état mélancolique et anxieux. Idéation floue. 2 mois à Henri Rousselle. Sortie non guérie : rumination d'idées tristes.

Mai 1935. Période de troubles nerveux fonctionnels, précédant une grande crise de nerfs, de type cataplectique. Séjour à Henri Rousselle jusqu'à Octobre.

Période d'anxiété vive, quelques phénomènes coenesthésiques vaguement interprétés et dépersonnalisés. *Troubles de l'équilibre; crises de fixité du regard.*

Transfert à Perray-Vaucluse : Oct. 1935. Tristesse, *étourdissements, vision colorée, vertiges, sommeil difficile.* Astasie. Abasie.

Alors se développe une tuberculose pulmonaire d'évolution sévère, en hyperthermie, rapidement bilatérale, ulcéro-caséuse. Cachexie progressive. *Cependant que l'état mental redevient parfaitement normal.*

Réapparition, les derniers jours de la vie, des phénomènes de douleur généralisée (pris autrefois, une certaine nuit, pour des phénomènes électriques) — cette fois, non dépersonnalisés.

Evolution hyperthermique pulmonaire. Mort en état cachectique. Etat mental normal (sauf signes de torpeur, morphiniques).

*
* *

Bien des symptômes font penser ici à une atteinte encéphalitique. Pourtant nous n'avons pas la moindre notion d'épisode infectieux.

Devons-nous rattacher les troubles à une tuberculose latente, dont une activité s'était manifestée à l'adolescence ?

Quelles raisons valables pourrions-nous avoir ?

Nous ne voyons guère que l'évolution terminale, qui rappelle ce qu'on a décrit du balancement des troubles mentaux avec les troubles pulmonaires. Pourtant, à notre avis, nous assistons là à quelque chose dont la signification paraît d'autre nature que le balancement classique (car nous le retrouvons dans le cas suivant, dont les troubles mentaux ne s'expliquent pas par une atteinte tuberculeuse).

Où alors, il faut admettre que le phénomène d'alternance peut se produire entre les troubles mentaux et toute sorte d'affection, même autre que celle à qui on peut rattacher étiologiquement ces troubles. Et c'est à cette hypothèse que nous nous rattachons volontiers.

Notons la réactivation terminale de phénomènes douloureux autrefois dépersonnalisés, mais non dépersonnalisés cette fois. Nous n'avons pas d'interprétation de ce phénomène à donner. Nous le signalons seulement.

Par ailleurs, il s'agit là d'une jeune tuberculeuse avérée, atteinte d'une forme torpide, et dont les troubles mentaux n'ont jamais, de près ou de loin, ressemblé à de la démence précoce.

La forme de tuberculose pulmonaire, dans ce cas, hyperthermique et cachectisante, est rapidement constituée et nécosante, donc assez différente des formes toxiques déjà rencontrées.

*
* *

OBS. n° 34. — Mlle M..., 21 ans.

Déséquilibre psychique à manifestations polymorphes, secondaire à une méningite grave de l'enfance. Convulsions du jeune âge. Antécédents tuberculeux,

Antécédents familiaux tuberculeux (plusieurs frères et sœurs).

Convulsions à l'âge de trois ans.

Méningite grave à 10 ans 1/2.

Depuis, caractère anormal, et, rapidement, troubles nécessitant un internement, de peu de durée à H. Rousselle. Agitation, anxiété vive. Tendance au suicide.

Suivent trois années d'une vie à peu près normale : deux ans de repos ; une année de travail.

En 1930, rechute :

Apathie, indifférence, attention détendue, hallucinations, interprétations, alternant avec subexcitation anxieuse avec larmes.

On craint un début d'hébéphrénie.

Pourtant, non guérie, Mlle M. sort en liberté, reprise par sa famille.

Intervention pour appendicite : aggravation de l'état mental.

En Septembre 1933, troisième internement.

Perte du sommeil, dont la malade sait qu'elle précède une modification de son équilibre mental.

Désir de mort. Vellétés de suicide, par une sorte de dégoût vague de la vie, assez calmement exprimé.

Affectivité variable ; attitude ressemblant parfois, par son indifférence, ou son impulsivité, à un comportement hébéphrénique — mais la malade en exprime des regrets peu après.

Hallucinations, non systématisées, mais bien définies, et hallucinose.

Les règles réactivent tous ces symptômes.

Amélioration jusqu'en Mai 1934.

Persistance d'un caractère difficile, sans troubles mentaux vrais.

En Mai, reprise d'anxiété ; tentatives de suicide ; agitation de type d'agitation catatonique de courte durée.

Rapidement, cet état s'améliore au point de permettre une sortie d'essai — qui échoue.

L'agitation reprend dès le lendemain de la sortie.

Hallucinations auditives et syndrome d'électrisation fruste.

On soupçonne un élément pithiatique important : mises en scènes — opportunité des crises.

Premiers symptômes pulmonaires en Décembre 1934 ; traitement aurique.

Aucune modification de l'état mental.

La tuberculose évolue rapidement, en hyperthermie, et atteint vite l'état général (lésions bilatérales, ulcéro-caséennes).

A mesure qu'elle s'affaiblit, la malade se montre moins exigeante, plus docile, plus régulièrement affectueuse (morphine, à partir de ce moment).

De longs mois durant, Mlle M... est restée dans une sorte d'état de vie ralentie, comme une pulmonaire ordinaire, cachectique, sans manifester d'aucune façon les troubles qu'elle avait présentés. Son « idée fixe » de suicide fait place à un espoir de vivre — on a désespoir bien légitime de voir se décharner son corps et se flétrir son visage.

Elle meurt un an et quatre mois après le début de sa tuberculose pulmonaire.

*
**

A la rigueur, on peut noter la disparition des troubles mentaux en même temps qu'apparaît la tuberculose. Mais nous savons que la malade a eu des rémissions spontanées ; l'état mental serait-il resté bon, si la tuberculose avait évolué plus longtemps ?...

L'observation suivante nous montre, chez une malade d'un type clinique assez semblable, l'évolution favorable des troubles mentaux pendant une tuberculose pulmonaire. Mais nous faisons toutes sortes de réserves sur la stabilité future de l'état mental...

*
**

Obs. n° 35. — Mlle M.-L..., 20 ans.

Terrain tuberculeux collatéral (frère tuberculeux) et psychopathique (grand'mère paternelle aliénée. Mère très coléreuse).

Méningite grave à l'âge de 4 ans.

Enfant toujours impulsive, violente, coléreuse.

Crises d'agitation violente avec bris d'objets, grossièretés, cris.

Fréquence de la coïncidence des crises avec l'apparition des règles.

Chutes à type cataplectique, fréquentes.

Parfois syncopes, bénignes.

Aucun élément comitial ou schizophrénique.

Conscience (en période calme) de l'état pathologique.

Internement, presque continu depuis 1930 (Vaucluse, Villejuif) avec périodes plus ou moins longues, de liberté, où la malade travaille comme femme de chambre.

Crises dépressives nettes, peu nombreuses, avec idées mélancoliques, dégoût de la vie, vagues idées de suicide, hypoactivité.

Tentatives de suicide dramatiques pendant les crises d'excitation.

Imprégnation tuberculeuse vers l'âge de 16 ans. Hémoptysie fin 1934, chez elle. Elle est transportée à l'hôpital, où elle fait une crise violente d'opitation ; on conclut à « simulation de tuberculose »... (aucun signe radiologique ou bactériologique de tuberculose pulmonaire).

Peu après, la bacilloscopie se montrait positive.

Actuellement, amélioration considérable de l'état pulmonaire. Aspect radiologique de sclérose diffuse. Bacilloscopie négative. Etat général très satisfaisant. Activité presque hypomaniaque, mais efficace.

Calme depuis six mois (c'est-à-dire, sans crise d'agitation).

CHAPITRE IX

**Observations de malades atteintes de tuberculose,
en même temps que d'épilepsie, d'arriération ou imbécilité,
alcoolisme chronique, psychoses postinfectieuses typhiques,
mélancolie chronique, psychoses périodiques,
psychoses hallucinatoires chroniques, paralysie générale.**

ÉPILEPSIES

OBS. n° 36. — Mlle D..., 46 ans.

Hérédité alcoolique.

Débilité mentale avec épilepsie convulsive.

Crises précédées d'impulsion au suicide, de dépression
mélancolique avec phobies.

Après les crises, état de confusion mentale de peu de
durée.

Début des crises à 7 ans.

Convulsions dans l'enfance.

Malade internée depuis dix ans, sans changement de
l'état mental.

Crises rares.

En 1934, pendant le séjour à l'Asile, épisode pulmonaire
aigu (broncho-pneumonie ?).

Poussées fébriles périodiques. Quelques mois après la
crise aiguë, on trouve, dans l'expectoration, des bacilles
de Koch.

Les crises ne deviennent ni plus, ni moins fréquentes.
L'état mental reste le même.

Tendance fibreuse des lésions pulmonaires : cliniquement
et radiologiquement, il s'agit de lésions peu importantes
(modifications de la transparence des sommets, homogène,
avec signes de sclérose diffuse). Aucun signe fonctionnel.
Bacilloscopie négative — dans une expectoration presque
inexistante. Bon état général.

Obs. n° 37. — Mlle Gr..., 36 ans.

Pas d'antécédents familiaux.

Convulsions dans l'enfance.

Conduite normale jusqu'au moment de la formation (4 ans).

Rôle d'une « peur » à cet âge ?

Internée à 29 ans pour équivalents incompatibles avec la vie sociale (fugues). Auparavant crises peu fréquentes.

Peu avant l'internement, rictus passagers.

Le certificat d'internement est ainsi conçu :

« Débilité mentale avec épilepsie convulsive. Troubles mentaux confusionnels consécutifs aux crises. Fugues. »

En 1935, le certificat est sensiblement le même, mais fait mention d'un « état démentiel » datant de plusieurs années.

Apparition vers cette époque, d'une tuberculose pulmonaire gauche, d'évolution lente, sans retentissement sur l'état général.

Notons à titre documentaire l'état de la malade à l'entrée :

« Apparence d'incohérence. Cependant orientation exacte dans le temps et l'espace. Souvenirs exacts et très précis, énoncés pertinemment, c'est-à-dire, sous forme de phrases pertinentes incluses dans un flot de paroles d'apparence incohérentes. »

Instabilité motrice. Bizarrerie de comportement. Tics, claquement stéréotypé des doigts. Mimique bizarre et excessive. Sorte de maniérisme puéril.

Fuite d'idées. Excitations logorrhéique non contrôlée. Gestes symboliques et dramatiques. Parfois, brusque inhibition. Diffusion de l'attention. Attitude hallucinatoire par instants. Affectivité intacte.

Docilité sans suggestibilité.

Impression d'un fonds mental relativement intact, mais haché d'interventions parasites incontrôlables.

Pas d'éléments basedowiens (sinon légère exophtalmie).

Pas d'éléments parkinsoniens.

Pas d'influence de la tuberculose sur l'état mental (tuberculose à forme torpide, fibreuse, sans retentissement sur l'état général).

OBS. n° 38. — Mlle Ma..., 23 ans.

Pas d'antécédents héréditaires ou collatéraux connus.

Certificat du 25 Janvier 1932 :

« Epilepsie convulsive avec troubles mentaux.

Vagues idées de persécution.

Tentative récente de suicide.

Stigmates de dégénérescence. »

Un autre certificat, de la même année, note :

« Débilité mentale. Insuffisance de l'attention. Troubles de la mémoire. Bradypsychie. Suggestibilité. Crises comitiales mensuelles, en rapport avec les règles. Rythme des règles avancé.

Hypertrichose. Augmentation de volume des thyroïdes. Stigmates faciaux de dégénérescence. Microcéphalie. Ecrasement facial. Nez en lorgnette.

Activité hallucinatoire intermittente. »

En Février 1935, se produit un épisode pulmonaire aigu, ayant les caractères d'une pneumonie franche.

Après une défervescence ébauchée, la maladie traîne en longueur.

Au bout d'un mois (la température ne se réduisant pas, l'expectoration persistant, les signes d'auscultation s'étendent et prenant le caractère de lésions de ramollissement parenchymateux) un examen bactériologique confirme la nature tuberculeuse du processus pulmonaire.

Des hémoptysies répétées, un état d'hyperthermie irréductible amènent un fléchissement rapide de l'état général. Aucune modification de l'état mental (calme, crises peu fréquentes).

Mort, après bilatéralisation des lésions, par hémoptysie foudroyante.

Obs. n° 39. — Mme D..., 36 ans.

Aucun antécédent familial connu.

Ethylisme avoué.

Epilepsie.

L'internement date de 1929 ; le certificat était ainsi conçu :

« Atteinte de mal comitial. Crises depuis 1920. Rareté relative des accès. Serait quelquefois deux ou trois mois bien portante en apparence. Crises motrices typiques, semble-t-il.

D'autre part, phases d'obnubilation. Dysmnésie.

Misère. Prostitution.

Traces de morsures de la langue.

Utilité de cure de désintoxication prolongée.

Scandale dans la rue. N'a pu indiquer son identité.

Pouls 130. Zona intercostal. »

Pneumonie sans suite directe en 1929.

En 1934, amaigrissement, toux rebelle.

Hémoptysies en 1934 et 1935.

Infiltration massive du poumon gauche, avec large perte de substance, occupant presque tout le lobe supérieur gauche. Bacilloscopie positive.

Alors qu'aucune crise n'avait été observée depuis de longs mois, à l'occasion d'une poussée évolutive (ébauche de bilatéralisation granulo-congestive) la malade ressent une impression de malaise, reconnaît l'impression de la période qui précédait ses crises, et a une crise. Etat d'inhibition et de tristesse pendant cette époque.

Disparition de ces symptômes avec une amélioration de l'état général, et le ralentissement de la poussée évolutive.

Nous avons peu de choses à signaler au sujet de ces cas.

La tuberculose se déclare, chez ces malades, après un épisode pulmonaire aigu, et évolue de façon banale.

Les troubles comitiaux datent de nombreuses années avant la tuberculose.

Nous n'avons pas observé le balancement signalé par les anciens auteurs, entre l'activité tuberculeuse et les manifestations comitiales (disparition des crises à l'occasion de tuberculose évolutive). Il serait intéressant de se documenter sur ce sujet.

Nous avons seulement remarqué un cas (obs. n° 39) de réactivation d'activité comitiale, pendant une poussée évolutive tuberculeuse.

ARRIÉRATIONS

Obs. n° 40. — Mlle Fu..., 20 ans.

Arriération intellectuelle avec troubles de l'humeur et du caractère. Colères et violences. Malignité. N'a pu être conservée à la Salpêtrière où elle était depuis une dizaine d'années, en raison de ses réactions agressives contre les autres malades. Hémiparésie droite. Strabisme. Troubles de l'élocution. Réactions humores négatives (Octobre 1933).

Même état depuis l'entrée dans le service ; plus calme peut-être.

Alimentation capricieuse...

Infiltration tuberculeuse du lobe supérieur gauche, d'apparition récente (Janvier 1936) après épisode grippal.

Bacilloscopie positive. Pleurésie surajoutée.

Evolution torpide des lésions. Etat général médiocre.

*
* *

Obs. n° 41. — Mlle G..., 37 ans.

Grand'mère maternelle alcoolique.

Mère morte tuberculeuse.

Frère mort de méningite suspecte ; sœur de broncho-pneumonie aiguë.

Internée à 12 ans : arriération mentale, apathie, incurie.

En même temps que les règles, et que des abcès froids à localisation multiples (cervicaux, thoraciques, axillaires, etc...) apparition d'un état anxieux avec agitation et fugues. Troubles du comportement, impossibilité de surveillance chez les parents.

Au bout de 5 ans d'internement, l'état s'était amélioré, et il n'y avait eu aucun incident à noter.

Apparition d'une poussée évolutive tuberculeuse avec hémoptysie il y a trois ans.

Lésions actuellement unilatérales, d'allure scléreuse ; expectoration à peu près nulle. Bon état général.

Mentalement : calme, travaille assez régulièrement.

*
**

OBS. n° 42. — Mlle Th..., 34 ans.

Antécédents :

Mère éthylique ;

Dernière enfant sur 15, dont plusieurs sont morts tuberculeux ;

Bronchites fréquentes. Rougeole. Coqueluche.

Internée dès l'âge de 16 ans.

« Débilité mentale, apathie, incapacité d'apprendre un métier. Incurie. Troubles du caractère, irritabilité. Vertiges, diplopie passagère (strabisme). Tendances syncopales. »

Actuellement, puérilisme affectif, activité normale à l'intérieur de l'asile. Calme.

Tuberculose pulmonaire évolutive dès 1930. Hémoptysies tous les hivers ; cependant, état général assez bon. Les lésions n'ont pas de tendances extensives.

Peu de signes fonctionnels. L'expectoration, minime, est toujours bacillifère.

*
**

OBS. n° 43. — Mlle Na..., 27 ans.

Arriération mentale (épisode méningé grave à 2 ans).

Connaissances scolaires nulles. Apathie. Inertie. Niaiseries. Aucune initiative. Mémoire inexistante. Stéréotypies. Bradypsychie. Colères. Turbulences. Rires. Tics et grimaces.

Traitée pour la première fois en 1933 à Brévannes pour tuberculose pulmonaire fibreuse, en évolution.

Hémoptysies espacées, peu abondantes, sans retentisse-

ment sur l'état général ni sur l'extension des lésions (bilatérales, également étendues à droite et à gauche, localisée à la région du tiers supérieur des champs, d'évolution torpide).

*
* *

OBS. n° 44. — Mlle B..., 35 ans.

Internée en 1934.

« Imbécillité. Connaissances scolaires nulles ; notions usuelles rudimentaires. Imprudences dangereuses. Tendances érotiques. Parésie droite. »

Toujours même état depuis : ralentissement psychomoteur. Docilité niaise.

Tuberculose pulmonaire en 1930, d'abord torpide et lente. Long épisode de toux ; bronchites à répétition. Mais ce n'est qu'en 1934 qu'un examen radiologique, après passage au Pavillon des tuberculeuses, montre l'étendue de lésions bilatérales avancées.

Evolution banale. Hémoptysies. Fléchissement de l'état général. Mort par extension du processus ulcéro-caséux.

*
* *

OBS. n° 45. — Mlle M..., 30 ans.

Imbecillité et épilepsie.

Crises depuis l'âge de 3 ans.

Gros troubles mnésiques, et du jugement.

Colères. Equivalents fréquents. Pas de fugues.

Vague attitude de persécution par moments.

Excitation furieuse périodique, pour des motifs futiles.

Rires. Familiarités puériles. Grossièretés. Euphorie.

Connaissances scolaires rudimentaires.

Peu de crises typiques.

Cependant, quatre ou cinq fois par nuit (jamais le jour) crises atypiques : cris, chute du lit (contusions légères), état tonique, sans morsure de la langue, sans perte d'urines, non suivies de confusion. Vertiges, absences.

Lésions torpides (lobite supérieure droite ancienne). Tendances fibreuses. Aucun retentissement sur l'état général. Aucun signe fonctionnel.

Ostéochondromatose de l'épaule droite.

*
**

Rappelons la similitude des formes de tuberculose dans ces cas, et dans les cas de démences précoces.

En général, évolution ralentie, fibreuse.

Des poussées évolutives furtives, sans retentissement sur l'état général. Parfois des hémoptysies.

Ou bien, un fléchissement brusque, une évolution accélérée vers une cachexie terminale.

Il ne saurait être question d'une influence de la tuberculose, sur des troubles du développement mental.

*
**

ALCOOLISME CHRONIQUE

Les rapports de la tuberculose et de l'alcoolisme, qui devraient être étudiés ici, nécessiteraient une longue étude spéciale.

Or, notre documentation clinique est trop pauvre pour que nous puissions nous arrêter :

*
**

OBS. n° 46. — Mme F..., 49 ans.

Antécédents familiaux :

Père et mère morts tuberculeux.

Sœur morte tuberculeuse.

Imprégnation tuberculeuse ancienne, à manifestation surtout osseuses (tumeur blanche du genou gauche, à 14 ans, soignée à Berck) et ganglionnaires (cicatrice actuelle de fistules cervicales, axillaires, brachiales).

Purpura rhumatoïde ancien.

Aucun signe clinique ni radiologique de localisation pulmonaire.

Les troubles mentaux qui se manifestent à partir de 1934, accompagnés d'un syndrome neurologique polynévritique, paraissent ressortir à l'alcoolisme de la malade. Dans quelle mesure la tuberculose a-t-elle agi ?

Il s'agit d'une période subconfusionnelle avec onirisme, zoopsies ; amnésie de fixation. Fabulation. Les troubles mentaux s'amendent, au cours de l'internement, laissant seulement un affaiblissement intellectuel profond : niaiserie, sensiblerie, radotage, pensée embryonnaire, inactivité. Aucune autre préoccupation que celles de la vie de l'Asile. (Malade presque confinée au lit par les sequelles de sa polynévrite.)

Aucune manifestation de tuberculose active.

Mort en état de cachexie, après état d'anémie aiguë (1.580.000 hématies, 70 % hémoglobine) liée à une dégénérescence hépatique vérifiée à l'autopsie.



OBS. n° 47. — Mme G..., 49 ans.

*Alcoolisme chronique chez une tuberculeuse ancienne.
Troubles mentaux à la ménopause.*

Atténuation des troubles à la fin de l'évolution tuberculeuse.

Antécédents familiaux :

Un frère et une sœur morts de méningite ;

Une sœur morte tuberculeuse ;

Père, mère, mari morts tuberculeux.

Antécédents personnels physiques :

Bronchites répétées ;

Hémoptysies il y a 7 ans. Non soignées ;

Altération progressive de l'état général, avec aggravation au cours de ces derniers mois (après l'internement) ;

Une fausse couche en 1913 (albumine).

Antécédents personnels psychiques : rien à noter dans le caractère. Humeur égale, gaie ; travail régulier (lingère).

Alcoolisme ancien,

Les troubles mentaux débutent aux environs de la ménopause coïncidant avec la mort du mari.

Internement pour « syndrome hallucinatoire évoluant sur un fond d'alcoolisme chronique » (Septembre 1935).

Depuis Janvier 1935, bizarreries. Idées de persécution. Humeur triste. Arrêt du travail, idées plus ou moins délirantes (jalousie, mysticisme, hypochondrie). Hypo-alimentation.

Hallucinations auditives et anxiété.

Chute grave en Mai 1935, sur la tête. Perte de connaissance : 1 heure.

Une crise aiguë (ayant quelques caractères de délirium) : anxiété vive, hallucinations visuelles et auditives, provoque l'internement. (Impulsions suicide). Impulsions fugues. Frayeurs.

Signes physiques d'alcoolisme (foie gros, crampes des mollets, subictère, pituites).

L'état anxieux et délirant s'amende assez rapidement après l'internement, cependant que l'état général s'altère progressivement.

Nous voyons la malade en Janvier 1936.

Nous notons quelque inhibition psychique, à la vérité peu marquée, un peu de tristesse, de monotonie d'expression.

Les hallucinations n'existent plus ; mais des interprétations. Croyances délirantes encore existantes, bien que non affirmatives.

Réticences en ce qui concerne les troubles aigus (ou bien amnésie d'un état anxieux aigu, et peut-être confusionnel ?)

— Nous insisterons sur l'existence, chez cette malade, depuis l'âge de la formation, de ce qu'elle appelle ses « crises de foie » : caractérisées par un vertige, perte de connaissance avec immobilité, sans aucun symptôme de la série comitiale, suivies de vomissements bilieux.

Jamais la malade n'a été soignée pour cela.

Apparues à la formation, ces crises ont disparu complètement depuis la ménopause.

On se souvient que les troubles mentaux sont apparus à cette époque.

— Depuis son entrée, la malade a eu un comportement quasi normal. Triste, sans mélancolie. Quelques interprétations de bruits ou de conversations réelles. Pas de manifestations délirantes.

Organiquement : une tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuse bilatérale avancée. Bacilloscopie positive. Hémoptysie, suivie de cachexie rapide, température irrégulière à clochers élevés, favorisée peut-être par une altération hépatique profonde (foie énorme) signant, avec des pituites, des cauchemars, des tremblements, des fourmillements, des crampes, l'alcoolisme ancien.

La mort survient après qu'une hémoptysie eût marqué le début d'une poussée évolutive.

*
**

PSYCHOSES POST-TYPHIQUES

(compliquée chez une malade, d'encéphalite)

OBS. n° 48. — Mme P...

Sans antécédents familiaux ou personnels.

Début des troubles mentaux en Janvier 1932 (Docteur Courtois).

« Est atteinte de délire hallucinatoire de persécution consécutif à une encéphalite typhique. Confusion mentale initiale au cours d'une parathyphoïde B, traitée à Cochîn ; après une apparente guérison de quelques semaines, syndrome hallucinatoire et idées d'influence. Insultes, grossièretés, menaces, ordres, action sur la pensée, connaissance de la pensée, mauvaises odeurs. Hallucinations génitales probables. Réticences. Refus d'alimentation par crainte d'empoisonnement. Essai de fuite (voix qui l'appellent). Violences impulsives contre le personnel. Amaigrissement. Réflexes vifs. Accès dégressif léger il y a 3 ans. B. W. Meinicke Kahn

négatifs. L. C. R. normal. Alb. 0,16. Séro-diagnostic négatif actuellement ; positif au Para B (1/800 à Cochon le 3 Octobre 1931. »

Cet état, plus ou moins confusionnel, persiste plusieurs mois. Puis, des alternatives d'impulsivité et de calme.

Il y a quelques mois, alimentation difficile. Amaigrissement progressif.

Une radiographie (aucun signe fonctionnel autre qu'une toux légère, avec expectoration matinale peu abondante) montre des lésions évolutives bilatérales, également étendues aux deux sommets.

Expectoration bacillifère.

L'état mental n'a varié en rien depuis l'éclosion de la tuberculose.

Assez calme. Des bizarreries. Une attitude plutôt aimable, adaptée. Peu de signes de la série schizophrénique. Activité hallucinatoire réduite. Inactivité. Un certain degré d'indifférence.

*
* *

OBS. n° 49. — Mme L..., 50 ans.

Antécédents familiaux :

Grand'mère maternelle aliénée (fièvre de lait, alors qu'elle allaitait la mère de la malade). 3 ans internée, puis guérie.

Antécédents personnels :

Convulsions dans l'enfance (séquelle ; hémiplegie droite).

Typhoïde le 20 Janvier, soignée à la Pitié jusqu'au 18 Mars (le mari, 4 jours après, contracte la typhoïde, pas de troubles mentaux) veille du premier internement en 1912, jusqu'en 1916, après, en 1914, transfert à Limoges. Agitation incohérente. Rires et pleurs.

A partir de 1914, amélioration ; sortie d'essai. Tentative de suicide le lendemain. Les certificats portent : démence précoce.

(2 enfants d'un premier mariage).

Sortie en 1916 : divorce.

Se lie avec le mari actuel ; vit maritalement avec lui jusqu'en 1920.

Elle était plutôt triste, mais riait et pleurait facilement. Deux enfants d'un second mariage.

Avril 1921 : encéphalite, soignée deux mois à Saint-Antoine, puis à la Pitié. Dès la sortie, tentative de suicide.

Cependant, retour à l'état normal sans internement.

Anxiété pendant longtemps.

Octobre 1928, dépression. En Février (séjour à la Salpêtrière). Amaigrissement considérable.

Internée Avril 1929 : Faiblesse. Insomnies. Céphalées. Tristesse. Bourdonnements, sifflements d'oreilles. Vue trouble. Anxiété pure. Bizarrie du monde extérieur.

Etat continu de mélancolie anxieuse, à paroxysmes. (Décembre 1932 : cris rythmés, monotones, aboiements).

Tuberculose pulmonaire en 1933 (unilatérale, lésions rapidement considérables), début par épanchement.

Aucune modification dans l'état mental. Anxiété chronique, confusionnelle parfois. Gâtisme. Gémissements et plaintes stéréotypés.

Tuberculose d'allure torpide, malgré l'étendue des lésions.

L'apparition occasionnelle de la tuberculose influe peu sur l'état mental.

Il s'agit de formes tuberculeuses banales. Lésions d'abord rapidement extensives. Puis stationnaires.

L'état de Mme L... est assez remarquable : énormes lésions unilatérales (caverne géante dont le niveau liquide se réduit périodiquement) sans retentissement sur l'état général...

PSYCHOSES PÉRIODIQUES

Il s'agit de tuberculoses pulmonaires banales, dont l'apparition chez des périodiques très anciennes, typiques, ne produit aucune modification mentale.

Evolution habituelle, tant de la psychose que de la tuberculose.

Obs. n° 50. — Mlle F..., 45 ans.

Psychose périodique typique, à prédominance d'états maniaques ; un seul internement a été dû à une crise dépressive.

Troubles du sommeil de l'enfance. Somnambulisme.

Le premier accès (1907) (la malade ayant 16 ans), a présenté quelques caractères particuliers : voile complet de la vue ; hallucinations auditives intenses. Arrêt des règles pendant 9 mois.

Depuis, coïncidence fréquente des troubles mentaux et des règles. Séjours fréquents et prolongés dans les asiles (un internement de 10 ans à Sainte-Anne).

Fréquence d'états mixtes. Obésité.

Histoire pulmonaire : Bronchites de l'enfance.

Premier accident tuberculeux : une hémoptysie en 1925, pendant un séjour à l'Asile.

Une seconde hémoptysie en 1928, alors que Mlle F... est en liberté.

Séjour en sanatorium. Amélioration, qui permet une reprise de l'activité sociale.

Episodes pulmonaires, de réactivation — et rechutes de troubles mentaux s'intriguent, sans coïncidences, et font aller la malade de sanatoria en asiles.

Actuellement, les lésions n'ont aucun caractère évolutif. (Taches d'aspect cicatriciel, peu étendues, dans les régions sous-claviculaires).

Bacilloscopies négatives.

Etat général floride.

Etat mental habituel d'hypomanie, qui semble s'aggraver actuellement avec l'apparition de la ménopause.

*
* *

Obs. n° 51. — Mlle K..., 51 ans.

Cette observation, intéressante à plus d'un point de vue, ne nous donne, pour ce qui nous intéresse, aucun élément nouveau.

— Troubles du développement (retard de la marche, faiblesse prolongée des jambes, avec chutes) ; arrêt de développement intellectuel à 11 ans.

Basedowisme.

Crises d'anxiété et absences dès 14 ans.

Formée à 18 ans : crises atypiques (raideur, trismus, aspect syncopal).

Equivalents 2 ans plus tard (1906). Fugues automatiques, amnésiques, stéréotypées, conscientes : sentiment d'obligation. Colères violentes.

Deux ans plus tard : *état confusionnel, anxiété, vertiges. Température élevée.*

Rythme périodique à la suite : les crises d'agitation revêtent souvent le caractère de crises d'agitation anxieuse, hallucinatoires.

Quinze ans après seulement, crises convulsives nettes.

Crises précédées d'hallucinoses stéréotypées (visuelles, auditives, sans anxiété, mais avec un sentiment de curiosité, d'attente) coïncidant avec de la fatigue, des troubles du sommeil.

1918, après une grippe forte : pneumonie ; évolution hémoptoïque.

Rechute en 1920 ?

Actuellement, troubles de l'humeur et du caractère. Périodes d'excitation type maniaco-épileptique.

Rares crises typiques, vertiges.

Pas de lésions pulmonaires en activité. B. K. : 0. Aspect radiologique emphysémateux.

On ne peut déceler aucun rapport clinique de la tuberculose avec l'aliénation.

*
**

OBS. n° 52. — Mme F..., 55 ans.

Quel que soit l'intérêt que présente au point de vue psychiatrique pur, cette observation, il ne nous semble pas que nous devions nous y arrêter longuement. Les troubles men-

taux, oscillants autour d'un déséquilibre ancien, ont un début difficile à préciser ; la tuberculose pulmonaire s'est constituée de façon banale, après un épisode pulmonaire aigu grippal, et a amené la mort, après une sorte de septicémie tuberculeuse à localisations multiples (rénales surtout) sans amener aucun trouble mental chez une malade qui s'est toujours comportée à l'Asile avec une lucidité et une pertinence parfaites.

Il s'agissait, mentalement, d'un état interprétatif plus ou moins délirant, périodique, de teinte tantôt mélancolique, tantôt excitée. Une maîtrise de soi remarquable fait que dès son entrée à l'Asile, Mme F... ne se signale que par sa douceur, sa docilité, son calme et son courage. Rentrée chez elle, une attitude de défense et d'hostilité (claustration, incurie, saleté sordide), des dissensions familiales aggravées de questions d'intérêt, de jalousies entre elle et la belle-famille de son fils, avec qui elle vit, des violences de part et d'autre, font que les internements se succèdent, et que chacun rend plus difficile le problème de la remise en liberté ; et surtout du mode de vie que pourra avoir la malade au dehors.

Cancer du sein opéré il y a six ans.

Au cours du dernier internement, une pneumonie franche aiguë, dont la défervescence ne se fit pas, traîna longtemps ; transformation tuberculeuse au bout de deux mois. Localisations tuberculeuses : abcès froids. Tuberculose rénale.

Extension progressive du processus pulmonaire ; d'autre part, hypertension et parfois signes de défaillance cardiaque.

L'état mental reste le même, résignation et tenue morale remarquables. Mme F... mourut peu de temps après qu'on eût observé chez elle un syndrome passager de Cl. Bernard Horner.

*
**

OBS. n° 53. — Mme D..., 55 ans.

Antécédents héréditaires inconnus.

Une sœur périodique, internée. Deux sœurs bien portantes.

De la nature de l'homme.
L'homme est un être sensible et raisonnable.
Il est doué d'une âme immortelle.
Il est capable de connaître la vérité.
Il est libre de choisir son bien.
Il est responsable de ses actions.
Il doit vivre en société.
Il doit respecter les lois.
Il doit chercher le bonheur.
Il doit éviter le mal.
Il doit être juste.
Il doit être courageux.
Il doit être modeste.
Il doit être humble.
Il doit être patient.
Il doit être persévérant.
Il doit être fidèle.
Il doit être sincère.
Il doit être charitable.
Il doit être pieux.
Il doit être vertueux.
Il doit être saint.

(sucre 26.80, acétone traces), cependant que les lésions pulmonaires s'aggravent.

La malade meurt (sans signe d'acétonémie) le 8 Juillet, sans modification de l'état mental.

PSYCHOSES HALLUCINATOIRES CHRONIQUES

Il s'agit soit de tuberculoses pulmonaires d'apparition récente, post grippale, chez des malades mentales anciennes, dont la maladie mentale ne subit aucune modification du fait de l'apparition de la tuberculose, soit de formes de tuberculose évolutive banales antérieures aux troubles mentaux.

*
**

OBS. n° 54. — Mme B..., 54 ans.

Tuberculose pulmonaire récente (Août 1936) déjà bilatérale lorsqu'on la découvrit fortuitement, à la radiographie, peu évolutive, chez une malade atteinte de psychose hallucinatoire chronique, de type classique, depuis plus de cinq ans.

Internée en 1933, avec le certificat suivant :

« Automatisme mental ; hallucinations multiples.

Idées délirantes de persécution. A la suite d'une raffe faite il y a deux ans dans le neuvième arrondissement, elle est persécutée par tous les malandrins.

Voix impérieuses et menaçantes.

Mauvaises odeurs qui lui donnent des maux de tête.

Electricité dans les membres.

Mauvais goût dans les aliments.

Viols.

On la fait remuer dans son lit. Echo de la pensée et commentaires des actes.

Réactions antisociales. Tapage nocturne. Concierge, elle se désintéresse de son travail. Plaintes des locataires ; arrestation. Serait persécutée depuis deux ans, jour et nuit.

Ovariectomie il y a quatre ans » (Docteur Logre).

L'évolution tuberculeuse est lente, apyrétique, sans retentissement sur l'état général. C'est une infiltration diffuse, périhilaire, sans tendance au ramollissement.

Bacilloscopie positive.

L'état mental n'a subi aucun changement depuis qu'évo-lue cette tuberculose.

*
**

OBS. n° 5. — Mme S..., 38 ans.

Antécédents familiaux :

Père alcoolique ;

14 frères et sœurs ; deux « simples d'esprit ».

Rien à signaler dans l'enfance.

Basedow.

Ovariectomie il y a trois ans. Depuis, sans cesse, grandes douleurs dans la tête. Ethylisme probable.

Début, en Décembre 1929, après quelques semaines de modifications d'humeur et de caractère, d'un état anxieux avec agitation paroxystique. Idées d'influence caractérisées, précédant un état de pseudo-hallucinations aperceptives, précédant lui-même un état hallucinatoire caractérisé (type paranoïde d'emblée).

Teinte mystique et fantastique du délire.

Hostilité contre le mari (divorce, en projet). Pas d'autre trouble de l'affectivité. Comportement désadapté (par influence et ordres hallucinatoires).

Amélioration nette au bout d'un an : une lettre spontanée de la malade, décrit la disparition des voix (« plus que la voix de sa conscience ») et de l'hostilité à l'égard du mari.

Séjour de deux ans chez elle (toujours bizarre, progressivement inactive, méfiante, jalouse). Clausturation. Essai de se tuer en entraînant sa fille dans la mort.

Depuis ce nouvel internement (1932), même état, de plus en plus désadapté. Oscillations : périodes hallucinatoires actives ; autres instants plus calme. Maniérisme et préciosité du langage. Ton paranoïde.

Avril 1935 : après un état grippal aigu, état infectieux

prolongé, avec signes cliniques pulmonaires chroniques. Expectoration devenue bacillifère. Signes de condensation pulmonaire du lobe supérieur gauche.

Etat général moyennement touché.

Etat mental stationnaire.

*
**

OBS. n° 56. — Mme N..., 57 ans.

Aucun autre antécédent que typhoïde grave, quelques semaines seulement après la naissance d'un enfant (actuellement bien portant).

Psychiquement : délire d'influence qui s'est manifesté brusquement de façon hallucinatoire le 26 Août 1919, à 7 heures du matin.

Voix d'un prêtre qui lui demande si elle veut servir à des expériences spirituelles.

Aggravation en Octobre (« on ne la laisse plus penser elle-même »).

Internée en 1922, après une lettre menaçante à ce prêtre. Le certificat de M. de Clérambault est ainsi conçu :

« Hallucinations psychiques, auditives et coësthésiques. Thèmes mystiques et thèmes inconsciemment sentimentaux. Influence. Idées dirigées par un prêtre, son confesseur. Automatisme mental (énonciation du passé, écho des actes, propos absurdes, non sens), sentiment de possession psychique, de dédoublement, d'inhibition psychique totale. Fréquemment, caractère obsessionnel dans des impulsions passagères. Lors d'une colère, besoin impérieux de tuer sans objectif déterminé. Lettre à ce sujet à son confesseur, qu'elle rend responsable de ses actes. Conscience partielle de la maladie. Asthénie légère. Emotivité. Tendance à l'inquiétude. Somnambulisme dans l'enfance. »

Depuis cette époque jusqu'à ce jour (Octobre 1936) il n'y a aucune modification dans l'état psychique de la malade.

Et c'est d'une façon progressive, qu'une toux rebelle, à partir de Février 1934, puis une hémoptysie en Décembre

1934, ont signalé une tuberculose pulmonaire évolutive lente à manifestations cycliques (lésions ulcéro-caséuses bilatérales. Bacilloscopie positive).

■
* *

OBS. n° 57. — Mlle P., 45 ans.

Antécédents familiaux :

Mère diabétique, qui a eu des troubles mentaux passagers (jalousie morbide) ;

Une sœur internée.

Psychose hallucinatoire chronique, actuellement évoluant vers une démence de type paranoïde, dont les premiers symptômes sont apparus environ en Juin 1932 : changement total de caractère (dureté, méchanceté), d'activité. Revendications familiales. Bruits nocturnes entendus, puis hallucinations auditives. Suggestions. Influence.

Aucune rémission des troubles jusqu'à l'internement (1934). Actuellement :

Psychose hallucinatoire. Hallucinations sensorielles, auditives, coenesthésiques. Interprétations multiples. On fait du bruit dans la rue contre elle. On la photographie, on la surveille, on siffle, on fait des réflexions à haute voix)...

Thème de persécution mal organisé... Agitation épisodique ; présente à d'autres moments des réactions dépressives avec mutisme.

L'apparition (fin Décembre 1934) d'un état grippal aigu, de défervescence lente, se prolongeant par un état pulmonaire chronique, dont la nature tuberculeuse se signe par une expectoration bacillifère, ne modifie en rien l'évolution des troubles mentaux.

Tuberculose ulcéro-caséuse unilatérale, peu évolutive. Lésions calcifiées anciennes. Etat général intact.

Il se peut que l'imprégnation tuberculeuse soit beaucoup plus ancienne que Décembre 1934 : notion d'une grippe, il y a huit ans, qui fut suivie pendant de longs mois, d'une toux rebelle. Peut-être les lésions d'apparence calcifiée datent-elles de cette époque ?

OBS. n° 58. — Mme F..., 50 ans.

Psychose hallucinatoire chronique typique (« Hallucinations auditives verbales, injures, menaces, vol de la pensée, énoncé des actes, systématisation des idées délirantes de persécution, reconnaît la voix de son persécuteur qui est en elle ». Hallucinations de possession ; il fait agir la nuit des courants électriques, il l'empêche de manger, il veut la faire mourir. Réactions anxieuses (asphyxie et défénéstration). Fluides dans l'anus et les organes génitaux. Vent qui la fait courir et gesticuler (Août 1934) apparue au moment de la ménopause chez une ancienne tuberculeuse (hémoptysies en Mars 1925, bronchites anciennes, pleurite). Cicatrisation rapide sans pneumothorax ni séjour en sanatorium. Pas de signe évolutif depuis des années.

Rien dans les antécédents.

En dépit d'un fléchissement passager de l'état général (insomnie totale, souffrances constantes par électricité et gaz, agitation presque continue, pas de reprise d'évolution.

Aucun signe fonctionnel d'affection pulmonaire.

Les lésions paraissent, à la radiographie, anciennes et très limitées (taches de dimensions très réduites, opaques, dans la région sous-claviculaire droite).

Les sensations de fluide intestinal sont interprétées : la malade est persuadée que son persécuteur lui donne une tuberculose intestinale (dont on ne trouve aucun signe clinique).

Certaines crises de « prise par les gaz » ont un type nettement asthmatique. Paroxysmes d'une dyspnée progressive, avec expectoration blanchâtre.

*
* *

OBS. n° 59. — Mme O..., 61 ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel connu.

Tuberculose pulmonaire très ancienne (datant de 25 ans)

signalée par de petites hémoptysies, et soignée en dispensaire.

Pas d'autre manifestation depuis, sinon une expectoration sanglante, peu caractérisée en hiver 1934.

Actuellement, aucun signe fonctionnel, clinique ou radiologique. Bacilloscopie négative.

Psychiquement, délire de persécution hallucinatoire remontant à 1933. Appareils électriques, poursuites, insultes, menaces, mauvaises odeurs.

Délire extensif et mondial. Incohérences et absurdités. Premier internement en 1933.

A noter, l'hiver 1934, un épisode infectieux avec torpeur narcoleptique et troubles oculaires (brouillard épais, diplopie intermittente, fièvre ?) après lequel se constitua une polynévrite des membres inférieurs — atypique — et s'étendant à certaines zones des membres supérieurs : Impotence fonctionnelle. Abolition des réflexes. Atrophie. Troubles trophiques. Douleurs subjectives dépersonnalisées, et objectives à la pression. Mêmes phénomènes à la main gauche et au pouce et index droits.

Mais le délire ne semble pas, après cette polynévrite, avoir pris, ni une intensité, ni une couleur particulières. C'est actuellement le même délire mondial et fantastique (« elle est la République », néologismes, langage hermétique, influences et correspondances mystérieuses) exprimé avec énergie, et calme, avec une présentation et un comportement relativement normaux. Inactivité par impotence fonctionnelle des jambes et des mains. Interprétation de la polynévrite : appareils qui l'immobilisent, par l'électricité.

*
**

OBS. n° 60. — Mme B..., 52 ans.

Adénites bacillaires cervicales anciennes, cicatrisées, chez une malade internée depuis 1927 avec ce certificat :

« Troubles mentaux caractérisés par des idées de persécution avec des interprétations fausses multiples, formant

un système ayant pour but de prouver qu'elle est une voleuse ; agitation anxieuse par intervalles. »

En 1922 : délire de persécution hallucinatoire dans tous les sens, interprétations délirantes, réticences, système en voie d'édification.

Ainsi se présente actuellement la malade :

Aisance et inadaptation : loporrhée calme, monotone, quoique un peu maniérée, tantôt pertinente et cohérente, tantôt décousue, et de type schizophasique (en réalité paraphrasie, compliquée de relâchement associatif logique, et d'attractions idéiques par assonances verbales). Attitude hallucinatoire fréquente.

Propre, très ordonnée et soigneuse. Affectivité réelle et non délirante.

Chronicité.

Absence de lésion pulmonaire, ou d'autre localisation pulmonaire en activité.

Eczéma rebelle guéri par autohémothérapie (sans modification de l'état mental).

PARALYSIES GÉNÉRALES

Obs. n° 61. — Mme B..., 32 ans.

« Paralyse générale. Affaiblissement des facultés intellectuelles. Perte de l'auto-critique. Optimisme. Approbativité ; elle va devenir riche. Incurie. Rires démentiels. Désorientation. Turbulence. Dyssomnie. Inégalité pupillaire (gauche plus grande que droite). Dysarthrie. Tremblement.

Tuberculose pulmonaire fébrile surajoutée.

(L. C. R. : alb. : 0,40, glob. +, leuco 0,8. Benjoin : 12220.02210.00000. B. W. +. Meinicke 0.) (Certificat d'Avril 1935.)

Type de paralyse générale classique, dans notre service, avec :

Tuberculose pulmonaire torpide unilatérale. Evolution lente. Aspect radiologique de sclérose. B. K. : 0.

Légère hémoptysie dans le service, sans retentissement sur l'état général, ni sur l'évolution des lésions.

Sortie dans le même état où elle était entrée, sur la demande de sa mère.

*
* *

OBS. n° 62. — Mme M..., 37 ans.

Premier internement 1932. Paralyse générale avec tabès.

Affaiblissement démentiel, désorientation, absence d'attention aux questions un peu longues. Incapacité de travailler et de se conduire. Idées de grandeur. Elle a de belles robes, beaucoup d'argent. Contentement d'elle-même. Dysarthrie spontanée. Tremblement digito-lingual. Rigidité pupillaire. Tabès avec abolition des réflexes rotuliens. Romberg sensibilisé.

L. C. R. : Alb. : 1,20. Glob. + +. Leuco : 6. Benjoin : 22222.22222.00000. B.W. et Menicke +.

Malaria et chimiothérapie n'apportent aucune modification à cet état.

Un an après le début de paralysie générale on découvre une « infiltration suspecte du sommet droit ».

Cependant la malade est reprise dans sa famille en Août 1933 malgré avis médical.

En Mai 1936, n'ayant été soignée ni pour sa paralysie générale, ni pour sa tuberculose, elle entre à nouveau à l'Asile. L'état mental est le même qu'on a déjà constaté lors du premier internement.

Mais la malade a en plus une tuberculose ulcéro-caséuse bilatérale très avancée, avec hyperthermie, état général déficient, bacilloscopie positive.

Elle meurt un mois après l'entrée, de l'extension des processus tuberculeux nécrosants, sans modification de l'état mental.

*
* *

Obs. n° 63. — Mme C..., 43 ans.

Certificat du 23 Octobre 1935 : « Paralyse générale traitée par malariathérapie. Etat démentiel concernant, non la mémoire, mais le jugement, le sens moral et l'activité. Suggestibilité. Complicité dans un vol récent. Prostitution à vil prix. N'était pas prostituée avant sa maladie. Excitation légère. Satisfaction béate. Humeur variable. Rires et pleurs. Pupille droite déformée, gauche en myosis. Réactions à la lumière, normales. Tremblement des doigts. Dysarthrie. Hyperesthésie unguéale et périostée. Habitudes probables d'intempérance. Tuberculose pulmonaire en évolution avec cicatrices d'abcès ganglionnaires. Arrêtée au commissariat de police, où elle s'est présentée sans pouvoir expliquer pourquoi, et où elle s'est agitée. »

Aspect de paralysie générale classique.

Tuberculose pulmonaire avec lésions discrètes : infiltration peu étendue du sommet gauche. Evolution torpide, abacillaire, sans signe fonctionnel, sans retentissement sur l'état général.

CHAPITRE X

Thérapeutique

Pour la première fois étaient réunies dans un service, des aliénées atteintes de tuberculose. Pour la première fois, il nous était donné d'observer sur une échelle assez large, le mode de réaction de ces malades à la thérapeutique.

Or, nous avons à nous occuper d'un double problème : la tuberculose et l'aliénation. Problème thérapeutique complexe, par sa double fin, d'une part, par la limitation des moyens permis, d'autre part étant donnés : la fragilité organique des malades et leur fragilité mentale.

En effet, il s'agit d'étudier aussi bien l'action de la thérapeutique usitée en pathologie mentale chez des tuberculeux (donc, son action sur l'évolution de la tuberculose) que l'action de la thérapeutique antituberculeuse sur l'évolution des troubles mentaux.

Nous commencerons par l'étude de la médication qui s'adresse aux troubles mentaux. Elle sera la plus brève, la plus limitée.

En effet, dans l'ensemble, les médications les plus usitées, de beaucoup (quel que soit leur mode d'administration) en pathologie mentale, ont été les médications de shock, et les méthodes pyrétogènes.

Or, si nous prenons l'avis des phtysiologues, la question est résolue aussitôt que posée. Pas de shock chez des tuberculeux. De fait, qui oserait imposer à une démente précoce dont l'état pulmonaire donne des inquiétudes, toute thérapeutique risquant, même de façon fugace et modérée, d'élever la température, d'amener un déséquilibre humoral : justement ce qu'on cherche à provoquer au maximum chez ces sortes de malades. Ainsi se trouvent éliminées bien des méthodes qui, à la vérité, ne sont pas toujours inefficaces chez des malades mentaux non atteints de

tuberculose (huiles soufrées, Dmelcos, impaludations, propidon, diathermie profonde, etc...).

Jean Lépine, en 1905, traitait spécifiquement par le nucléinate de soude, les méningo-encéphalites tuberculeuses. Nous ne savons si son exemple a été suivi. La méthode ne paraît pas sans danger, et peut-être était-ce un gros risque à courir. Peut-être, à très faibles doses (0,25) espacées, avec une surveillance vigilante de toute réaction de quelque nature que ce soit, n'y a-t-il pas lieu d'écarter toute indication de cette thérapeutique. Mais on ne devra pas en attendre à proprement parler de shock à cette dose ; le médicament sera vraisemblablement réduit à une action glandulaire, modificatrice de la formule sanguine ? Nous n'avons pas eu l'occasion de l'employer.

Donc, élimination à peu près absolue de toute thérapeutique de shock, chez les tuberculeux avérés.

Pour toute la médication symptomatique (soporifiques, calmants, stimulants, modificateurs glandulaires), leur indication est la même que chez les malades non tuberculeux.

Nous passons très vite sur cette question ; elle regarde beaucoup plus les physiologues que nous. Et ce sont leurs indications thérapeutiques qui primeront sur celles du psychiatre.

Plus importante pour nous est la question des médications antituberculeuses, appliquées aux malades mentaux.

Il nous semble qu'ici, le psychiatre à son mot à dire. Nous avons fait déjà allusion à des modifications de l'état mental survenues chez des malades (prédisposées) après qu'elles eussent subi des traitements variés, physiques ou chimiques, antituberculeux. Nous allons y revenir plus en détail.

Il nous paraît utile de faire, dans ce chapitre, la même distinction générale que nous avons faite dans l'étude clinique de nos malades : celle des cas où la tuberculose paraît avoir quelque influence dans la genèse des troubles mentaux, et des cas où la tuberculose évolue cliniquement de son côté, sans qu'il y ait influence notable de l'évolution des troubles mentaux sur la tuberculose, et de la tuberculose sur les troubles mentaux.

Les indications seront, dans l'un et dans l'autre cas, bien différentes.

I. — *Encéphalites psychosiques tuberculeuses.*

Réveils de tuberculose par agents physiques ou chimiques.

Quelle que soit la similitude d'action de tous les traitements que nous allons passer en revue, nous préférons les étudier un par un, et pouvoir rappeler les faits précis que nous voulons donner à l'appui de notre pensée.

A. — *Traitements chimiques.*

1°) *Aurothérapie.*

Rappelons ce que nous en disions dans un précédent chapitre :

« Nous sommes absolument de l'avis de Hinault et Mollard, que les sels d'or ne sauraient à eux seuls donner de troubles mentaux. » (Encore signalent-ils certains cas de nervosité coléreuse, pendant l'administration de traitements auriques.)

Mais il s'agit, pour nous, du traitement d'individus manifestement fragiles, nerveusement, et prédisposés.

Citons encore Sergent (in Hinault et Mollard) :

« Il semble qu'un traitement actif puisse, en ébranlant passagèrement l'organisme, en le mettant momentanément dans un état de moindre résistance, provoquer à l'intérieur de l'organisme des colonisations de microbes, jusque-là épars et inoffensifs. Il en résulte une septicémie sans rapport avec le traitement, mais réveillée par celui-ci. »

Voici quelques faits cliniques :

Obs. n° 5. — « Mlle J... — Sels d'or pendant six mois : accentuation de l'« énervement », insomnie. (Pas d'hérédité nerveuse chez cette malade. Seulement antécédents personnels pseudo-comitiaux.) »

Obs. R... — Hérédité nerveuse chargée.

En 1932, la tuberculose pulmonaire se déclare. Soignée à Montmorency, la malade y reçoit une série d'allocrysine. Période de dépression marquée, surtout pendant le séjour à Villepinte qui suit le traitement. Mutisme obstiné. Reploiement boudeur sur soi-même.

La malade, plus tard, fatiguée, entre à l'hôpital de Reims, et reçoit une injection de crisalbine à 0,10 gr. ; puis, presque immé-

diatement, une seconde, de 0,20. Début des troubles mentaux (la coïncidence est notée spontanément par Mlle R...).

Nous accepterions volontiers qu'on rattache ces derniers troubles mentaux à une réactivation naturelle, pure et simple, d'une lésion pulmonaire, comme nous l'avons observé pour Mme L... Il nous semble pourtant devoir signaler l'action possible, surajoutée, des injections auriques.

OBS. P... — (A noter une réaction répressive à une phrénicectomie.)

« Rien à signaler ensuite, jusqu'en 1936. La malade reçoit alors une série de sels d'or. Une crise hépatique se déclanche, et avec elle, des troubles mentaux ; sensation d'exaspération. Excitation vive. Mysticisme. Crises de nerfs, hystériformes. »

Et pourtant, nous ne pensons pas qu'il faille renoncer à se servir des sels d'or, dans les cas où les formes cliniques indiquent leur emploi (indications étendues, nous le verrons, du fait de l'impossibilité d'appliquer certaines autres méthodes, essentielles en phtysiologie, et dont les inconvénients nous paraissent plus sérieux). Car si on admet une réactivation du pouvoir toxique du bacille par l'administration de sels d'or, c'est reconnaître une fois de plus la spécificité de leur action. Et la réactivation de l'évolution du bacille ne saurait être, à notre sens, que temporaire. (D'ailleurs, les cas rapportés ne seraient pas dus à une véritable dissémination du bacille, mais à une dissémination des toxines).

Mais nous pensons qu'il faut être d'une grande prudence au moins au début ; faire des doses d'essai, et noter, dès la première injection, toutes les modifications subjectives que les malades peuvent présenter. Ne pas négliger en particulier (ce que Hinault et Mollard ont bien vu) l'énervement, un certain tremblement, un état coléreux ; et se méfier, s'il s'agit de sujets héréditairement suspects. Cette surveillance sera d'autant plus difficile, que ces cas se présentent, à leur début, en sanatorium, ou à l'hôpital, dans des services où on n'a pas spécialement l'attention orientée vers l'état mental des malades.

Rappelons, en passant, que l'aurothérapie a été employée de façon large chez les démentes précoces, alors qu'on pensait s'attaquer à la cause première de leur mal, à la tuberculose. Les

auteurs avouent en général n'avoir obtenu que peu — ou pas du tout de succès. En tous cas, on ne note aucune aggravation ; du moins, aucune réactivation, comme nous en avons observé chez nos malades. Il semble qu'on puisse s'en étonner, et tirer de là un argument contre la nature tuberculeuse de la démence précoce.

B. — Traitements physiques.

2°) *Pneumothorax artificiel.*

OBS. H... — Coïncidence de l'apparition de troubles mentaux graves avec un pneumothorax artificiel mal supporté, hydropneumothorax volumineux. Fièvre élevée. (Pas de pyopneumothorax, ni de dissémination des lésions (avant plusieurs mois, où une extension granulique se fait).

OBS. D... — Pneumothorax droit bien supporté. Coïncidence des troubles mentaux avec l'instauration d'un pneumothorax artificiel gauche. L'état mental rend d'ailleurs rapidement impossible la continuation des insufflations à droite. Puis à gauche. Anxiété vive, agitation.

OBS. D... — Pneumothorax artificiel gauche. Dès les premières insufflations : nervosité, irritabilité extrême. Mais la malade arrive à se contenir. En Juin 1936, instauration, en même temps qu'on continue les insufflations gauches, d'un pneumothorax droit. Dès lors, la nervosité augmente, la malade ne peut plus se contenir. En même temps, déficience de l'état général, gros amaigrissement, avec température souvent élevée. Aggravation progressive. Le 2 Septembre, au lendemain d'une insufflation, colère violente, bris d'assiettes ; Mlle D... veut partir à toute force de l'hôpital. On la passe aux agitées à Lariboisière. On essaie de continuer les insufflations, ce qui devient rapidement impossible, à cause de l'état psycho-moteur. Apparition d'un peu de liquide dans le cul-de-sac gauche.

(A noter l'évolution favorable de l'état pulmonaire après cessation des insufflations, et malgré un état d'excitation coléreuse paroxystique prolongé.)

Notons que deux futures démentes précoces (obs. n° 16 et

obs. n° 17) avaient supporté sans troubles mentaux, un pneumothorax artificiel, quelques années avant leur maladie mentale.

L'indication du pneumothorax artificiel, chez des malades mentales, se pose de différentes façons.

Malades prédisposées (héréditairement ou personnellement) : Les indications sont les mêmes que pour les malades saines d'esprit. Mais la surveillance doit être attentive. D'ailleurs, si on laisse les troubles mentaux apparaître (après modification du caractère) et s'aggraver, on en est rapidement ramené à notre second cas :

Chez les malades avérées : il est rare que le pneumothorax artificiel puisse être continué. L'état d'instabilité psychomotrice, l'anxiété, l'indocilité, l'opposition, autant de conditions détestables non seulement pour le résultat immédiat de l'intervention (insufflation) mais pour le résultat à distance (évolution vers l'hydropneumothorax et complications).

Il est à noter que, pour notre part, nous n'avons pu continuer aucun des quelques pneumothorax artificiels que nous avons reçus ; ils avaient été déjà abandonnés au dehors.

Quand les troubles mentaux disparaissent, il arrive le plus souvent que la symphyse soit achevée. Et la possibilité d'une reprise d'accidents mentaux n'est pas sans vous faire hésiter à tenter à nouveau les insufflations.

D'un récent article de André Dufourt et Jean Ledru, nous extrayons, à propos des accidents du pneumothorax bilatéral, ces lignes : « Grands accidents nerveux : d'origine encore mal connue, probablement consécutifs à une embolie gazeuse, ils sont en fait très rares. Nous en relevons néanmoins un cas, brutal, sous forme de crises comitiales subintrantes ayant entraîné la mort, chez une de nos malades en traitement depuis deux ans, et qui allait bien. »

Sans doute, des accidents de cet ordre, si difficiles soient-ils à expliquer de façon précise, doivent être très différents de ce que nous avons observé. Pourtant, nous ne pouvons nous empêcher, jusqu'à ce que la preuve soit faite de la pathogénie absolument dissemblable des deux ordres d'accidents, de les confronter : en particulier l'observation D... nous donne quelque peu à réfléchir,

par la modification de la personnalité, et l'apparition d'une « violence d'épileptique » qui nous avait frappés.

Embolie gazeuse est une explication (mais quelle raison a-t-elle de se produire plutôt quand le pneumothorax est bilatéral ?). S'il y a possibilité d'embolie, ne peut-il pas s'agir aussi d'une sorte d'embolie microbienne ?

Deux des accidents mentaux que nous rapportons, rappelons-le, sont consécutifs à la bilatéralisation du pneumothorax.

Les indications chez les malades où la tuberculose semble indépendante de l'état mental, sont plus étendues.

3°) *Phrénicectomies.*

Il s'agit là d'un véritable traumatisme, traumatisme d'autant plus grave pour nos malades qu'il touche directement le tissu nerveux.

OBS. J... (malade ayant réagi de même façon à l'aurothérapie) :

« Phrénicectomie droite (avant tout trouble mental) Séjour de plusieurs mois à la Salpêtrière. » Grand épuisement, insomnie, tremblement, bégaiement. Pas de trouble psychique ayant attiré l'attention. (Peut-être état hypomaniaque, parfaitement compatible avec la vie en société, comme nous l'avons observé plus tard chez cette malade.)

OBS. D... (Pneumothorax artificiel unilatéral bien supporté, mais compliqué d'hydropneumothorax) :

« En Mars, le médecin lui demande d'accepter une phrénicectomie ; elle y consent sans trop de répugnance. L'opération est pratiquée le 30 Mars 1935, et réussit. « C'est immédiatement après, écrit le mari, que les troubles mentaux se sont manifestés. Elle m'affirme d'abord qu'à la clinique, où elle n'est restée qu'une demi-journée, on lui avait fait des choses qu'elles ne pouvait définir (attouchements génitaux), puis elle dit que sa femme de ménage voulait l'empoisonner. » Ensuite se produit une violente crise d'anxiété, avec vagues troubles cœnesthésiques dépersonnalisés, peut-être hallucinations vraies. Insomnie totale. Etat mélancolique. »

Obs. P... (Déjà citée pour intolérance aux sels d'or) :

« La malade subit une phrénicectomie, et brusquement, il y a un changement total dans sa personnalité. Son humeur devient triste, maussade. Elle se néglige, prend en aversion ce qu'elle aimait ; très religieuse auparavant, elle ne veut plus entendre parler de religion, refuse d'aller en pèlerinage à Lourdes. La gratitude qu'elle avait pour ses médecins traitants fait place à de la méfiance et à de l'insolence. L'entourage est vivement frappé de cette transformation, mais cela ne dure guère qu'un mois. Après quoi le calme revient. »

Obs. L..., future D. P. (Pneumothorax artificiel bien supporté mentalement, mal physiquement) :

Phrénicectomie en 1931. « J'ai eu l'impression que la phrénicectomie avait changé quelque chose en moi... » (Mais c'est quatre ans après, et sans cause appréciable, que les troubles mentaux apparaissent.)

Les coïncidences, dans ces quelques cas, nous paraissent avoir une netteté suffisante. Insistons sur le fait qu'il s'agit toujours de prédisposées, d'instables, de déséquilibrées.

Il nous paraît utile de faire une enquête sérieuse au point de vue mental, chez des malades dont l'attitude et le comportement ne sont pas complètement normaux. Et ne poser alors l'indication que si la nécessité serait absolue au point de vue pulmonaire ; c'est le phtysiologue, qui, en possession de ces données, décidera de l'opportunité de l'intervention.

Elle est, à notre sens, la plus directement traumatisante, aussi, celle dont l'indication devra être la plus étudiée.

Avortement thérapeutique. — Nous sommes beaucoup plus réservés sur cette grave question. Nous n'en possédons qu'une seule observation. Et la complexité du problème que pose la grosseur chez une tuberculeuse, fût-elle aliénée, est si grande, que seule une expérience plus mûrie pourra donner des indications suffisantes : encore seront-elles toujours contestées.

Obs. O... — « Crise anxieuse, confusionnelle, suivie de troubles mentaux graves, après avortement thérapeutique pour tuberculose pulmonaire bilatérale. »

On ne peut affirmer que l'avortement seul ne soit pas capable de donner des troubles comme ceux qu'a présentés la malade.

Cependant :

Les cas de troubles mentaux observés après avortement ne sont-ils pas dus à une infection plus ou moins masquée ?

Dans le cas présent, n'est-il pas logique (étant donnés les faits rapportés à ce chapitre, de réactivation et dissémination bacillaire par traumatisme) de rapporter à l'intoxication bacillaire les troubles mentaux observés chez cette malade, qui ressemblent fidèlement, tant par leur polymorphisme que par leur évolution favorable (avec phénomène de localisations alternes) aux encéphalites psychosiques rapportées au chapitre III ?

Du moins pourra-t-on discuter de la réactivation d'une affection ancienne (grippe grave en 1918). La sœur, atteinte de la même grippe, est périodique (internée). La tuberculose, simple association, pourrait cependant avoir eu au moins un rôle dans l'évolution de la maladie ? (Jean Lépine disait que c'est parce qu'elles sont tuberculeuses, que ces malades n'évoluent pas vers des troubles mentaux chroniques ? C'est à vérifier.)

II. — *Cas où la tuberculose évolue sans influence réciproque en même temps que des troubles mentaux.*

Ces malades nous paraissent devoir être traitées, au point de vue pulmonaire, exactement comme les malades saines d'esprit.

Cependant, nous n'oublierons pas la possibilité de fixation secondaire du bacille, ou de dissémination toxique touchant le tissu nerveux, par réactivation bacillaire thérapeutique. Donc, une surveillance très sévère s'impose aussi pour ces malades. Mais ce sont des malades d'Asile, dont le traitement est entrepris à l'Asile, où l'attention est spécialement attirée par l'état mental. Ainsi on suspend facilement le traitement aux premiers accidents.

Seule la question se pose de la possibilité matérielle du traitement.

Quelle chance a-t-on de mener à bien une thérapeutique anti-tuberculeuse, chez une agitée chronique, chez une opposante, chez une anxieuse ?

On a affaire, nous l'avons noté déjà, à une symptomatologie bien différente de ce que la clinique ordinaire nous montre. La surveillance clinique est difficile. Les examens radiologiques sont

souvent écourtés, parfois impossibles. De contrôle bactériologique, il faut souvent se passer.

Aussi bien insisterons-nous beaucoup sur l'indispensable atmosphère de calme à créer autour de ces malades ; lumière, espace, propreté, soins individuels : telles sont les conditions essentielles de vie à leur donner.

Le Pavillon des tuberculeuses de Maison-Blanche a heureusement pu nous offrir de telles dispositions, réalisées ensemble. Et nous avons pu garder en salle des malades qui, depuis des années, étaient isolées, estimées dangereuses pour leurs compagnes (non pas à cause de leur état pulmonaire, mais de leur impulsivité).

Il faut d'abord donner confiance aux malades ; laisser autour d'elles une marge d'isolement matériel : pas de voisinage trop immédiat, comme celui que crée la surcharge des services. Une zone assez large où la malade soit « chez elle ».

Des soins individuels. Chaque malade doit être suivie et vue chaque jour.

Ce sont des banalités ? Ce sont des précautions indispensables.

On peut, chez des aliénés en bonne santé physique, imposer des traitements même par la force ;

Il n'y faut pas songer ici. La contrainte ferait perdre tout le bénéfice de la cure.

La question du repos au lit ? Il faudra — quitte à supporter quelque irrégularité dans l'allure du service — savoir permettre certains travaux à des malades qui, en des conditions normales de santé psychique, seraient mises au repos absolu. Certaines malades, excitées motrices, ont besoin d'une activité minima. Les force-t-on à rester au lit : elles s'y morfondent, s'y agitent, trichent, se lèvent en cachette, corsent le plaisir de se lever par quelque excentricité de détente.

Nous avons maintes fois tremblé de voir des malades dont nous savions les lésions étendues, aux prises avec un balai, ou roulant un charriot, ou courant à une allure de record dans les couloirs : elles sont actuellement en bonne santé, leurs lésions ont un aspect sclérosé. Elles ont engraisé... On n'imposera le repos, avec douceur, que quand le poids fléchit ou que la toux reprend.

Sans doute, il faut bien discerner quelles malades peuvent tirer bénéfice de permissions semblables. Ce serait une bien grosse

erreur que de laisser travailler toutes celles qui vous implorent pour cela. Mais on arrive assez rapidement à faire une sorte de bilan : état général, poids, antécédents, nature des lésions, tendances hémoptoïques ; d'autre part, état mental périodique, ou spasmodique, aggravation des troubles au moment des règles, qui justifie l'extension ou la limitation des permissions à donner.

RESUMÉ

Les observations que nous rapportons comprennent :

1°) Des cas où des troubles mentaux aigus coïncident avec une imprégnation tuberculeuse, toxique.

Jean Lépine et l'Ecole Lyonnaise, en 1905, (sous le nom de méningo-encéphalites tuberculeuses) ; Courtois et Marchand, en 1932, (sous le nom d'encéphalites psychosiques), ont décrit des cas semblables à ceux-là ; Courtois et Marchand pensent que ces troubles peuvent être réalisés par n'importe quelle infection ; mais ils ne signalent aucun cas où cette infection soit la tuberculose.

Cliniquement, on observe :

— Une inhibition anxieuse, avec apparence confusionnelle.

— Un aspect physique d'intoxication profonde.

— L'arrêt plus ou moins net de l'activité nécosante du bacille de Koch, en même temps qu'apparaissent les troubles mentaux ; une généralisation granulique de la tuberculose précède de peu la mort, sans que l'état mental des malades se soit modifié.

— L'absence de troubles méningés.

2°) Des cas où les troubles mentaux, d'évolution plus longue, débutent en même temps qu'une réactivation de tuberculose ; mais la tuberculose ne paraît pas, dans les cas que nous rapportons, être seule en cause ; elle évolue en même temps que des infections d'autre nature (érysipèle, salpingite, grippe, infection grave de nature indéterminée). A elles seules, ces infections sont sans doute capables de déterminer des troubles mentaux ; on ne peut pourtant pas, à notre avis, ne pas être frappé de la forme évolutive anormale que prend la tuberculose dans ces cas, dès l'apparition des troubles mentaux : ceux-ci sont polymorphes :

Etats subconfusionnels.

Etats d'excitation de type maniaque.

Etats dépressifs, mélancoliques.

Anxiété aiguë.

Syndromes hallucinatoires.

Etats hystérisiformes.

Etats catatoniques.

Ces cas ne sont pas toujours terminés par la mort ; l'un d'eux (remarquable par une polynévrite des membres inférieurs) a été suivi d'une complète guérison, aussi bien mentale que physique (obs. n° 5).

3°) Des bouffées délirantes polymorphes, coïncidant avec une réactivation de tuberculose, soit spontanée, soit provoquée par une intervention thérapeutique chimique (chrysothérapie), physique (pneumothorax artificiel, phrénicectomie, avortement thérapeutique) ou par un traumatisme.

Dans tous les cas rapportés, des infections non tuberculeuses, ou des troubles endocrinien graves, ou des chocs psychiques, ou des prédispositions héréditaires, donnent un « ton » variable aux troubles mentaux, qui, dans l'ensemble, se présentent sous deux aspects :

— Excitation maniaque ;

— Anxiété subconfusionnelle, ou délirante.

On observe, ici encore, un ralentissement de l'activité évolutive tuberculeuse, pendant les troubles mentaux.

Toutes ces bouffées délirantes ont guéri complètement. L'amélioration de l'état mental et celle de l'état organique, sont parallèles.

4°) Des cas de démence précoce.

Il est difficile de noter des coïncidences d'évolution précises, entre tuberculose active, cliniquement vérifiée, et les cas que nous publions.

Les formes de tuberculose dont sont atteintes nos malades sont loin d'être toujours des formes torpides ; plusieurs de nos démentes précoces ont été emportées en quelques mois par une évolution à marche rapide de lésions tuberculeuses.

Il est pourtant exact que beaucoup de nos démentes précoces étaient porteuses de lésions à tendances fibreuses ; mais nous retrouvons cette tendance à la cicatrisation chez des malades jeunes (épileptiques, imbeciles) dont l'activité motrice est ralentie.

Les particularités cliniques (alternance ou parallélisme d'évolution, phénomènes allergiques) signalées dans la démence précoce associée à la tuberculose, se rencontrent dans la démence précoce associée à des infections non tuberculeuses.

Ces mêmes particularités cliniques se rencontrent dans d'autres affections mentales que la démence précoce, associées avec la tuberculose.

Si des encéphalites tuberculeuses peuvent, de façon aiguë, réaliser des symptômes observés avec constance dans la démence précoce hétérophrénocatatonique, il ne faut pas oublier que d'autres infections peuvent aussi réaliser ces symptômes ; ainsi, il est difficile d'affirmer que la tuberculose agisse de façon spécifique, quand elle réalise un tableau ressemblant à l'hétérophrénocatatonie.

5°) Deux cas de psychoses d'interprétation pure, dont la longue évolution coïncide exactement avec l'évolution d'une tuberculose banale.

6°) Des cas de déséquilibres psychiques non délirants, ayant succédé à des méningites aiguës non tuberculeuses du jeune âge ; nous avons observé une sédation des troubles mentaux, dans plusieurs cas, à mesure que s'aggravait la tuberculose.

7°) Nous publions ensuite des observations où pendant des psychoses de type classique, évoluent des formes de tuberculose les plus habituelles, sans qu'on puisse observer d'influence réciproque entre les deux affections.

Pourtant, nous signalons une réactivation de troubles comitiaux par une poussée évolutive tuberculeuse, de type granulique.

8°) Thérapeutique :

La réactivation des troubles mentaux par interventions thérapeutiques ne contre-indique pas absolument les méthodes employées en phtysiologie ; mais imposent une surveillance toute particulière, et, le cas échéant, une interruption immédiate du traitement.

CONCLUSIONS

Pour classer nos observations, nous fondant sur la seule étude clinique, nous avons distingué :

1° Des cas où il y a coïncidence d'une évolution tuberculeuse (ralentissement ou réactivation) avec des troubles mentaux aigus, subaigus ou chroniques ;

2° Des cas où cette coïncidence clinique n'est pas évidente, entre troubles mentaux et tuberculose ; mais où on peut soupçonner une influence réciproque de ces deux affections à cause de l'évolution longue, torpide, de la chronicité parallèle des deux maladies ;

3° Des cas où la tuberculose, sans avoir rien de remarquable dans sa forme clinique, se rencontre au cours de l'existence de malades mentaux, dont les troubles psychiques ont un type classique qui n'est en rien modifié par l'apparition, l'atténuation, les réactivations, bref, par l'évolution générale de la tuberculose.

Parmi les premiers cas, nous rangeons :

1° Des encéphalites tuberculeuses aiguës ou subaiguës ;

2° Des bouffées délirantes polymorphes dont le début coïncide avec l'apparition ou la réactivation d'apparence spontanée ou bien provoquée, de lésions tuberculeuses.

Le second groupe est celui des démences précoces.

Les remarques que nous avons pu faire en étudiant ces cas, ne nous rallient pas aux théories qui font de la démence précoce une paratuberculose. Elles empêchent qu'on ne généralise les arguments cliniques donnés à l'appui de ces théories (phénomènes d'alternances. Formes cliniques de la tuberculose chez les déments précoces).

Dans le troisième groupe prennent place des formes nosologiques de psychoses classiques bien caractérisées (arriération mentale, alcoolisme chronique, psychoses hallucinatoires chroniques,

psychoses périodiques, paralysies générales, etc...). Rien ne permet de démontrer, dans ces cas, l'influence de la tuberculose sur l'état mental.

Entre le second et le troisième groupe, nous présentons quelques observations, en particulier :

a) Deux psychoses d'interprétation pure dont la longue évolution se superpose à l'évolution d'une tuberculose de forme clinique assez particulière ;

b) Des déséquilibres psycho-moteurs sans délire, séquelles d'encéphalopathies non tuberculeuses de l'enfance, dont les manifestations se sont atténuées lors de l'aggravation de la tuberculose ;

c) Un cas de réveil d'accidents comitiaux provoqué par une poussée évolutive granulique de tuberculose pulmonaire.

— Nous est-il permis d'exprimer une hypothèse en manière de conclusion ?

Nous pensons que dans de rares cas, la tuberculose est seule responsable d'un syndrome mental bien caractérisé ; que, dans la plupart des cas, il s'agit d'interréactions entre des infections de nature différente ; nombreux sont les faits cliniques dont nous pouvons étayer notre hypothèse.

Les indications thérapeutiques que nous donnons sont limitées :

La fragilité organique de nos malades empêche souvent de les faire bénéficier des traitements de shock dont on connaît l'heureuse, bien qu'inconstante influence sur les troubles mentaux ;

Leur fragilité mentale impose une prudence extrême, une surveillance attentive dans l'instauration et dans la conduite des traitements spécifiques de la tuberculose (réserve faite de la chrysothérapie dans la démence précoce).

La gravité des accidents dus à certaines interventions thérapeutiques, chez des prédisposés aux troubles mentaux, et la difficulté de pratiquer ces interventions dans des conditions favorables, nous ont forcé souvent à renoncer à leur secours.

Vu :

le Doyen :

ROUSSY,

Vu et permis d'imprimer :

le Recteur :

CHARLETY

Vu :

le Président de Thèse :

LAIGNEL-LAVASTINE.

BIBLIOGRAPHIE

- ANGLADE. — Tuberculose et système nerveux. (Compte rendu à la Société Médicale de Toulouse, Nov. 1908.)
- ANGLADE et CHOCREUX. — La tuberculose dans l'étiologie des maladies mentales. (Académie de Médecine, 17 Mars 1903.)
- BALL. — Rapports de la Phtysie et de la Folie. (Encéphale, 1881.)
- BARUK, BIDERMAN, ALBANE. — Réactions allergiques chez les déments précoces. Sensibilisation toxique. Tuberculose torpide et troubles nerveux. (Société Médico-psychologique, Oct. 1932.)
- A. BECK. — Sur les relations entre démence précoce et tuberculose. Contrôle du sang, du liquide céphalo-rachidien et du cerveau des déments précoces par des expériences sur l'animal. (Société de Biologie (1935.)
- BELIN. — Héritéité de l'anaphylaxie sérique. (Société de Biologie, Séance du 28 Mai 1910.)
- LÉON BERNARD. — Les débuts et les arrêts de la tuberculose pulmonaire. Les arrêts de tuberculose de surinfection. (Presse Médicale, 14 Janvier 1931.)
- BEZANÇON. — Bases actuelles du problème de la tuberculose.
- BOQUET et LAPORTE. — Sur la disparition des bacilles de surinfection dans l'organisme des cobayes tuberculeux. (Soc. de Biol., 1936.)
- BOQUET et BROCA. — (Annales de l'Institut Pasteur, 1935, T. 55, p. 8.)
- LA BONNARDIÈRE. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose et de l'aliénation. (Thèse, Lyon, 1898.)
- BOVEN. — L'Anxiété.
- CALMETTE. — L'infection bacillaire et la tuberculose.
- CHARPENTIER. — A propos des auto-intoxications dans les maladies mentales. (Congrès des médecins aliénistes, 1893.)
- CHARTIER. — La tuberculose dans ses rapports avec l'aliénation. (Th. Montpellier, 1898.)
- CHASLIN. — La confusion mentale primitive. (Annales Médico-Psychologiques, Sept. 1892.)
- CHRISTY, BALVET, MATHON. — Quatre observations de localisations viscérales tuberculeuses, et guérisons psychopathiques.
- CLAUDE. — Compte rendu d'un ouvrage de B. T. Mac Chie et G. Brink. (American journal of psychiatry, Encéphale, 1934.)

- CLAUDE. — Intervention à la séance de la Société médicopsychologique du 28 Mai 1934, à propos d'une communication de Dide et Aujaleu.
- CLAUDE et BARUK. — (Paris-Médical, 27 Déc. 1930.)
- CLAUDE, COSTE, VALTÈS, VAN DEINSE. — Sur les relations pathogéniques du virus tuberculeux avec la démence précoce. (Encéphale, 1933.)
- R. DEBRÉ et M. PERRAULT. — A) Dispersion du B. K. jugée par l'étude bactériologique et histologique des organes et tissus prélevés post mortem. (Société de Biologie, Janvier 1935.)
B) Mêmes recherches chez des nourrissons issus de parents tuberculeux et nourrissons présentant des lésions initiales tuberculeuses.
- A. DELILLE. — Rôle des poisons du B. K. dans la méningite tuberculeuse et la tuberculose des centres nerveux. (Thèse Paris, 1902.)
- A. DELILLE et GAVOIS. — Virulence de deux souches différentes de Bacille de Koch isolées respectivement du L.C.R. et du sang, par la méthode de Nègre, Valtis, Van Deinse, dans un cas de tuberculose miliaire avec méningite. (Société de Biologie, Novembre 1935.)
- A. DELILLE et MÉRY. — La méningite tuberculeuse.
- DEVAUX. — Les anxieux.
- DIDE et AUJALEU. — Transmission expérimentale de virus filtrant par injection au cobaye de L.C.R. de déments précoces. Présence de bactéries dans le sang de déments précoces. (Soc. Méd. Psychol., 28 Mai 1934.)
- DOUSSINET. — Contribution à l'étude des conditions biologiques de certains troubles mentaux. (Thèse, 1934.)
- DUFOUR et FABRE. — Culture de sang chez des enfants atteints de tuberculose pulmonaire au cours des périodes primaire, secondaire et tertiaire. (Société Biologique de Lyon, 1935.)
- A. DUFOUR et JEAN LEDRU. — Succès et dangers du pneumothorax bilatéral. (Presse Médicale, 9 Déc. 1936.)
- KARA ENEFF. — Influence de la tuberculose sur l'aliénation. (Thèse Montpellier, 1898.)
- FAURE-BEAULIEU et BRUN. — Le virus tuberculeux dans six cas de méningite de l'adulte. (Société de Biologie, 7-1935.)
- GOYAL. — Recherche du B. K. dans le cerveau apparemment sain d'animaux tuberculeux. (Société de Biologie, 1936.)
- GRAUCHER, LEDOUX-LEBARD. — Etudes sur la tuberculose expérimentale du lapin. (Archives de Médecine expérimentale, T. II, 1891.)
- GRAUCHER, LEDOUX-LEBARD. — Recherches sur la tuberculose expérimentale. (Société de Biologie, 1911.)
- GRIMBERT. — Psychonévroses chez les tuberculeux. (Thèse, 1907.)

- HINAULT et MOLLARD. — Le traitement aurique de la tuberculose.
- D'HOLLANDER et ROUVROY. — La démence précoce est-elle d'origine tuberculeuse ? (Soc. Méd. Psycho., Oct. 1932.)
- HYVERT, STOERR, G. et M. COHN. — Résultats de la chrysothérapie prolongée dans la démence précoce récente. (Soc. Médico-psychologique, 18 Déc. 1934.)
- JULPAN KOCHANOWSKI. — Recherches sur la topographie allergique dans la tuberculose expérimentale. (Société de Biologie, Nov. 1935.)
- KRAEPELIN. — Introduction à la psychiatrie clinique.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Psychologie des tuberculeux. (Revue de Médecine, 1909.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Les rythmes et la vie.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Démence précoce et tuberculose. (Journal de Médecine de Paris, 1920.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Remarques sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires. (Clinique et laboratoire, 1922.)
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Recherches histologiques sur l'écorce cérébrale des tuberculeux. (Revue de Médecine, 1907.)
- GUY LAROCHE. — Fixation des poisons sur le système nerveux.
- LEMIERRE, BOLTANSKI et JUSTIN BEZANÇON. — Les polynévrites alcoolotuberculeuses. (Bulletin de l'Académie de Médecine, 27 Avril 1931.)
- LÉVI. — Nervosisme et glandes endocrines.
- MAILLEFER. — Sensibilité des déments précoces à la tuberculose. (Thèse, 1934.)
- MARANON. — Hyperthyroïdisme et tuberculose. (Revista Medica de Barcelona, Nov. 1931.)
- MARCHAND, COURTOIS. — Les encéphalites psychosiques.
- MARCHAND, BONNAFOUS-SÉRIEUX, ROUARD. — Otite, Mastoïdite. Etat méningé. Syndrome de D. P. (Soc. Méd. Psycho., 10 Mars 1932.)
- A. MARIE. — La tuberculose dans les Asiles. (Revue Psychiatrique, Sept. 1905.)
- JOSE-RAFAEL MAYMI. — Démence précoce et tuberculose. (Thèse, 1936.)
- MOURGUE. — Neurobiologie de l'hallucination.
- MOURGUE et V. MONAKOV. — Introduction biologique à l'étude de la neurologie et de la psychopathologie.
- NÈGRE et TROISIER. — Elimination du virus tuberculeux par l'urine au cours d'infections aiguës non tuberculeuses. (Soc. de Biologie, 1935.)
- PARTURIER. — Les syndrômes hépato-endocriniens.
- C. PASCAL. — La démence précoce.
- C. PASCAL. — Chagrins d'amour et psychoses.

- C. PASCAL. — Le brouillard étiologique de la démence précoce est-il dissipé ? (Progrès Médical, 12 Août 1933.)
- PEUZEUGORRA et BOCANU. — Recherche du bacille tuberculeux et paratuberculeux dans les urines de malades atteints de tuberculose pulmonaire. (Soc. Biologique, 1935.)
- PETRESCO, GAJUSKI. — Caractères de Bacilles de Koch acido-résistants isolés chez le cobaye. (Soc. Biologique, 1935.)
- RÉGIS. — Auto-intoxication dans les maladies mentales. (Congrès de médecins aliénistes de langue française, 1893.)
- ROBIN. — Considérations sur les troubles mentaux liés aux formes prolongées de l'encéphalite épidémique chez l'enfant.
- RONCE. — Essai sur la psychologie des tuberculeux pulmonaires.
- ROUBINOVITCH. — Démence précoce et tuberculose. (Progrès Médical, 1933.)
- ROUYER. — Rapports entre la tuberculose et les troubles mentaux. (Thèse, 1930.)
- SAENZ, FISENDRATH, COSTIL, SADETTIN. — Recherche de la bacillurie tuberculeuse chez 100 malades atteints de tuberculose pulmonaire très avancée, mais indemnes de troubles urinaires. (Soc. Biol., 1935.)
- SAENZ, COSTIL, SADETTIN. — Deux types de bacille acido-résistants isolés des organes de cobayes inoculés avec des produits non tuberculeux. (Soc. Biol., 1935.)
- SAENZ, PASCAL, COSTIL, CHEFONLAU. — Recherches sur la bacillémie tuberculeuse effectuée simultanément par la méthode de Löwenstein et par inoculation au cobaye chez des malades atteints de démence précoce. (Soc. Biol., 28 Avril 1934.)
- SANTENOISE. — Pneumogastrique et glandes à sécrétion interne.
- SANTENOISE. — Pneumogastrique, appareil thyroïdien et activité cérébrale.
- SEGLAS. — Note sur une forme distincte de maladie mentale aiguë : la confusion mentale primitive.
- SERGEANT. — Réactivation des foyers tuberculeux latents, et bacilles de sortie. (Académie de Médecine, 31 Mai 1932.)
- SERGEANT. — Les réveils de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte.
- SERGEANT. — Traité de pathologie médicale et de thérapeutique appliquée. La tuberculose.
- KNUD SECHER. — Traitement de la tuberculose par la sanocrysine.
- TOULOUSE. — Psychoses post-influenziques et post-fébriles. La confusion mentale. (Gazette des Hôpitaux, 30 Mai 1893.)
- TOULOUSE. — Tuberculose et psychopathies. (Revue d'Hygiène, Sep. 1930.)

- TOULOUSE et COURTOIS. — Séquelles mentales d'encéphalopathies aiguës. (Société Médico-psychologique, 23 Janvier 1933 — Mai 1933.)
- TOULOUSE, MARCHAND-SCHIFF. — Encéphalites psychosiques. (Encéphale, Mai 1929.)
- TOULOUSE, MARCHAND-SCHIFF. — Encéphalites psychosiques aiguës au cours d'un érysipèle. (Soc. Médico-psycho., 11 Février 1933.)
- TOULOUSE, SCHIFF, VALTIS, VAN DEINSE. — Ultra-virus tuberculeux et démence précoce. (Soc. Médico-psycho., Nov. 1932.)
- TROISIER et la SANCTIS MONALDI. — (Académie de Médecine, 3 Mai 1932.)
- VALTIS et VAN DEINSE. — Etude de trois souches de bacilles acido-résistants isolés de cobayes neufs, après traitement par extraits acétonémiques de B. K. (Soc. Biologique, 1935.)
- WECHSLER. — Beitrag zur Frage der Tuberkulose häufigkeit in der Inenanstalt und ihres Beziehung zur Schizophrenie. (Archives Suisses de Neurologie et Psychiatrie.)

TABLE DES MATIERES

	PAGE
CHAPITRE I. — INTRODUCTION.	
CHAPITRE II. — Généralités. Statistique.....	25
CHAPITRE III. — Position générale du problème ; de la légitimité de sa réduction aux rapports de la seule démence précoce avec la tuberculose.....	31
CHAPITRE IV. — Méningo-encéphalite et encéphalite tuberculeuse	36
CHAPITRE V. — Bouffées délirantes polymorphes coïncidant avec une évolution ou une réactivation de tuberculose.....	73
CHAPITRE VI. — De la démence précoce, dans ses rapports avec la tuberculose	110
CHAPITRE VII. — Deux cas de parallélisme apparent de tuberculose, et de troubles mentaux non hétérophréniques.....	136
CHAPITRE VIII. — Trois cas de déséquilibre mental à manifestations périodiques ; atténuation des troubles mentaux hors de l'éclosion de tuberculose pulmonaire.....	146
CHAPITRE IX. — Observations de malades atteintes de tuberculose en même temps que :	
d'épilepsie	152
d'arriération, ou imbecillité.....	156
d'alcoolisme chronique	159
de psychose post-infectieuse	162
de psychose périodique	164
de psychose hallucinatoire chronique	169
de paralysie générale	175
CHAPITRE X. — Thérapeutique.....	178
RÉSUMÉ	189
CONCLUSIONS	192
BIBLIOGRAPHIE	194

